Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Tübingen
Direktor: Prof. Dr. med. H. J. Mallach

ÄRZTLICHE KUNSTFEHLER

Ein Beitrag aus der Gutachtenpraxis des Institutes
für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen
(Berichtszeit 1964 bis 1973)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Theoretische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Max-Heinrich Müller
aus Stuttgart

1977

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41523702_0029

Dissertationsdruck
Blasaditsch GmbH • 89 Augsburg 17 • Theodor-Heuß-Platz 3 • Telefon (0821) 51 85 63

Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin
der Universität Tübingen
Direktor: Prof. Dr. med. H. J. Mallach

ÄRZTLICHE KUNSTFEHLER

Ein Beitrag aus der Gutachtenpraxis des Institutes
für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen
(Berichtszeit 1964 bis 1973)

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Theoretische Medizin
der Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Max-Heinrich Müller
aus Stuttgart

1977

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Dekan: Prof. Dr. med. R. Jacob
Berichterstatter: Prof. Dr. med. H. J. Mallach

Herrn Professor Dr.med. H.J. Mallach möchte ich hier meinen besonderen Dank sagen für die Überlassung des Themas sowie für die stets bereitwillige Hilfe und Unterstützung bei der Fertigstellung der vorliegenden Arbeit.

Disposition

		Seite
1.	Einleitung	1
2.	Problemstellung	12
3.	Ausgangsmaterial und dessen Auswertung	12
4.	Ergebnisse	13
4.1.	Chirurgische Fälle	16
4.2.	Allgemeinmedizinische Fälle	110
4.3.	Anaesthesiologische Fälle	147
4.4.	Internistische Fälle	173
4.5.	Gynäkologische Fälle	201
4.6.	Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Fälle	219
5.	Diskussion	234
6.	Zusammenfassung	249
7.	Literaturverzeichnis	252

1. Einleitung

Mit der Steigerung der medizinischen Leistungen - Diagnostik und Therapie - im Laufe der letzten Jahrzehnte sowie des damit verbundenen Kostenaufwandes rückt immer mehr die Frage nach der Effizienz einer medizinischen Behandlung und somit auch das Problem der Fehlleistungen und Unterlassungen, - allgemein ausgedrückt der "Kunstfehler" -, in den Vordergrund. Kann der Arzt fehlerfrei handeln, nach welchen Kriterien ist seine Leistung zu beurteilen, inwieweit ist er haftbar und schadensersatzpflichtig?

Um die zuletzt aufgeworfene Frage entsprechend würdigen zu können, sollte man sich mit dieser Problematik und ihrer Entwicklung in den USA während der letzten Jahre kurz befassen, da die jetzige Situation dort der Situation in der Bundesrepublik Deutschland in einigen Jahren gleichen dürfte.

Das größte Problem der amerikanischen Chirurgen ist heute die Zunahme der Kunstfehlerprozesse und die infolgedessen steigenden Kosten der ärztlichen Berufshaftpflichtversicherung. Dies trifft allerdings nicht nur Chirurgen, sondern alle Fachrichtungen, besonders Anaesthesisten. Die von den Versicherungsgesellschaften geforderten Summen werden nach einem Schlüssel errechnet, der alle relevanten Parameter wie Fachrichtung, Praxisumfang, persönliche Erfahrung, frühere Haftpflichtprozesse, örtliche Gegebenheiten, eventuell Größe des Krankenhauses, Sektionsquote und anderes berücksichtigt. So zahlt zum Beispiel ein chirurgischer Belegarzt 1976 circa 20.000,-- Dollar Jahresprämie; die entsprechenden Sätze in Deutschland liegen derzeit noch bei 4.000,-- bis 6.000,-- DM für einen in freier Praxis niedergelassenen Facharzt, einen Beleg- oder Chefarzt einer Abteilung. Noch 1971 lagen die geforderten Jahresprämien bei 2.000,-- DM. Wesentlich geringer sind heute noch die Berufshaftpflichtkosten für

Assistenzärzte (140,-- DM), doch auch hier zeichnet sich eine steigende Tendenz ab. Nach wie vor ist es für einen Medizinalassistenten nicht erforderlich, eine Berufshaftpflichtversicherung abzuschliessen, da sein Berufsrisiko beitragsfrei in der Privathaftpflichtversicherung mit gedeckt ist.

Die Folge dieser exorbitanten Steigerung der Haftpflichtprämien liegt nicht zuletzt an der in den USA üblichen Praxis einer Gewinnbeteiligung der Anwälte, die somit einen größeren Anreiz zur Führung von Kunstfehlerprozessen bildet. Einer sinnvollen medizinischen Versorgung der Bevölkerung dient diese Praxis sicher nicht: Sind doch bereits viele Ärzte in fachfremde Berufe übergewechselt, oder sie weigern sich, überhaupt Prämien zu bezahlen, nach dem Grundsatz, wo nichts ist, ist nichts zu holen. Auch diese Variation ist sicher keine Beruhigung für die auf medizinische Betreuung angewiesenen Patienten.

Wie ist die Situation derzeit in Deutschland, wie hat sie sich etwa im Laufe der letzten zehn Jahre verändert, haben die "Kunstfehler" mit den sich bietenden Möglichkeiten der modernen Medizin zugenommen, stellen die in der Presse nicht ohne Tendenz mitgeteilten Kunstfehlerprozesse lediglich, wie häufig behauptet und vermutet, nur die Spitze eines Eisberges von Fehlleistungen dar, oder können sich die Patienten nach wie vor auf ihren Arzt und ihre Klinik verlassen?

Vor der Beantwortung dieser Fragen ist es unumgänglich, zunächst einige Ausführungen über den Kunstfehler, seine Geschichte und juristische Definition zu machen.

Bereits aus den Arbeiten der ersten Gerichtsmediziner wie beispielsweise Johann Heinrich Ferdinand AUTENRIETH (1772 bis 1835) geht hervor, dass das Problem des Leib und Leben gefährdenden Kunstfehlers der Ärzte bereits im Alter-

tum ein sehr großes Problem darstellte (BIHL 1974). Er verwies auf den älteren Plinius, der an den Ärzten seiner Zeit heftige Kritik übte und in seinen Schriften die Tatsache beklagte, dass es kein Gesetz gab, welches die Unwissenheit der Ärzte unter Strafe stellte. Bereits zu dieser Zeit brachte das Streben der Heilkundigen nach größtmöglicher Vervollkommnung der Medizin eine zwar weitgehende Handlungsfreiheit, aber eben dadurch auch die Gefahr nicht wieder gutzumachender Schäden. Dieser Gefahr wurde durch die einzelnen Völker in verschiedener Weise begegnet. So durfte beispielsweise im alten Ägypten die Heilkunst nur nach in heiligen Büchern verzeichneten Regeln ausgeübt werden; verstarb ein Patient trotzdem, konnte der Arzt nicht bestraft werden. Diese Form einer Reglementierung der ärztlichen Heilkunst wurde von Aristoteles abgelehnt, da ein Fortschritt der Medizin dadurch verhindert werde. Andererseits wurde von Hippokrates den griechischen Gerichten der Vorwurf gemacht, die Frage eines ärztlichen Kunstfehlers zu nachlässig zu behandeln und Nichterfüllung der ärztlichen Pflichten nicht zu bestrafen.

Als Erste unternahmen sodann die römischen Juristen den Versuch einer verbindlichen Gesetzgebung, scheiterten jedoch an der Tatsache, dass Gesundheit und Leben des Einzelnen nicht durch Gesetzeskraft gesichert und garantiert werden können. Im Laufe der Zeit ergab sich jedoch, dass das sogenannte aquilische Gesetz, das ursprünglich ein reines Eigentumsrecht darstellte, auch auf medizinisches Gebiet ausgedehnt wurde; das heißt, eine mißlungene Operation oder eine unterlassene ärztliche Hilfeleistung wurde behandelt wie die mutwillige Zerstörung fremden Eigentums. Noch zu AUTENRIETHs Zeit wurde auch in Deutschland nach diesem alten römischen Gesetz geurteilt.

Eine andere Richtung in der Betrachtung des ärztlichen Kunstfehlers schlugen die Chinesen ein, die sich bei der Bestrafung der ärztlichen Kunstfehler von der privaten Genugtuung lösten und allein das öffentliche Interesse im

Auge hatten. Noch Ende des 18. Jahrhunderts galt bei ihnen der Grundsatz: "Wer zum Tode eines erwachsenen Menschen beiträgt, muss ihn wieder erleiden." Diese krasse Beurteilung führte selbstverständlich dazu, dass ein Arzt jegliche Behandlung unterliess, sofern auch nur die geringste Befürchtung auf ein Ableben des Kranken bestehen musste.

Im Gegensatz dazu wurde in Europa bereits im 16. Jahrhundert in Artikel 134 der Constitutio Criminalis Carolina folgender Standpunkt vertreten: "... Wenn ein Arzt infolge mangelnder Sorgfalt oder mangelnder Kenntnis, jedoch ohne Vorsatz jemanden durch seine Behandlung tötet, und es sich in der Folge bei der Prüfung durch Gelehrte und sachverständige Ärzte erweist, dass er die Medizin durch leichtfertiges und unmethodisches Vorgehen mißbraucht hat, oder dass er eine unwissenschaftliche und darum unzulässige Therapie, die seiner unwürdig ist, angewandt und dadurch den Tod von jemanden verursacht hat, so soll er den Umständen entsprechend und nach dem Gutachten der Sachverständigen bestraft werden; und es soll in diesem Fall besonders auf Scharlatane geachtet werden, die die Medizin ausüben, ohne sie regelrecht erlernt zu haben. Hat aber der Arzt eine solche Tötung mit Absicht herbeigeführt, so ist er wie ein vorsätzlicher Mörder zu bestrafen."+

Dass in diesem Artikel bereits die Grundlagen der modernen Kunstfehlerbegutachtung und -würdigung, nämlich die Begriffe der Sorgfalt und Fahrlässigkeit, klar beinhaltet waren, wurde schon von Johann Heinrich Ferdinand AUTENRIETH erkannt, der in seiner Rede über die Kunstfehler der Ärzte wörtlich ausführte: "Wissen muss der Arzt, wie gefährlich seine Kunst werden kann; weiß er dieses nicht, so handelt er nicht mehr als Arzt und dann wird er strafbar, weil er, dem es nun nicht zukommt, doch Gefährliches unternimmt.

+ Übersetzung von Prof. Dr. G. FICHTNER, Institut für Geschichte der Medizin an der Universität Tübingen

Mit jenem Bewußtsein ist ihm aber zugleich die strenge Verpflichtung auferlegt, in der Ausübung seiner Kunst, alle ihm mögliche Vorsicht anzuwenden, und er wäre in eben dem Grad strafbar, in welchem er dieser heiligen Pflicht untreu würde" (BIHL 1974).

Eine eventuelle Schadenersatzforderung des Patienten solle nach AUTENRIETHs Meinung nicht an der Größe des Schadens, sondern an dem Verschulden des Arztes gemessen werden. Wenn AUTENRIETH bereits betonte, dass die Handlungen von Ärzten nicht mit den geltenden juristischen Maßstäben, wie bei anderen Berufsgruppen üblich, gemessen werden dürfen, wo wurde diese unbefriedigende Situation circa 40 Jahre später durch Otto von OESTERLEN noch genauer dargestellt (KRAEMER 1974).

In seiner Abhandlung über die Würdigung der Kunstfehler der Ärzte und Wundärzte wies er darauf hin, dass es bei der gerichtsärztlichen Beurteilung ärztlicher Kunstfehler oft gar nicht oder doch nicht hinreichend sicher möglich sei, die Grenze zu ziehen zwischen verzeihlichem Irrtum und strafwürdiger Fahrlässigkeit. Ebenso wenig liesse es sich immer genau abwägen, inwieweit die Schuld des Arztes oder die Natur der Krankheit, welche das Einschreiten des Arztes veranlasst hat, Anteil gehabt hat an dem ungünstigen Erfolge. Auch solle man nicht verkennen, dass der Arzt bei Ausübung seines Berufes ständig mit Schwierigkeiten zu kämpfen habe, die sein Fehlen in milderem Lichte erscheinen liessen. Bei der ständigen Um- und Neugestaltung der diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel, bei der immer mehr um sich greifenden und immer notwendiger werdenden Spezialisierung innerhalb der ärztlichen Tätigkeit, dürfe es nicht befremden, wenn ein noch so tüchtiger Arzt auf diesem oder jenem Gebiete der Heilkunde nicht sehr sach- und fachkundig sei. Selbst wenn er neben seiner täglichen Tätigkeit noch Zeit finden sollte, durch Studium der Fachliteratur sich auf dem Laufenden zu halten.

Mag es zunächst auch scheinen, als solle mit diesen Sätzen versucht werden, die Ärzte außerhalb der üblichen Jurisdiktion zu stellen, so ist dieser Eindruck doch falsch, da OESTERLEN den Begriff des Kunstfehlers als Verstoß gegen allgemein anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst im heutigen Sinne der Fahrlässigkeit erkennt. Er schränkt jedoch insofern ein, als er sagt, dass eine so geringe Anzahl von axiomartigen Regeln wie in der Medizin nicht wie die zahllosen feststehenden Vorschriften, - beispielsweise der technischen Berufe -, behandelt werden können.

Des weiteren vertrat OESTERLEN bereits das Kausalitätsprinzip, indem er sagte: "... wenn nun aber auch eine Fahrlässigkeit, ein Kunstfehler festgestellt ist, so gehört zu der Annahme, dass derselbe strafbar ist, auch noch der Nachweis, dass durch die Fahrlässigkeit ein bestimmter Schaden verursacht worden ist". Um den Vorwurf des Kunstfehlers bejahen zu können, stellt er eine Anzahl von Bedingungen, die sich von den heute üblichen Begutachtungsgrundlagen nur unwesentlich unterscheiden, nämlich:

1. Steht die Gesundheitsbeschädigung überhaupt mit der eingeschlagenen Behandlung in ursächlichem Zusammenhang?
2. Kann angenommen werden, dass nur die Art der Behandlung die Ursache war, oder war nicht vielmehr der schlimme Ausgang die Folge anderer Ursachen oder konnte es doch sein?
3. Kann behauptet werden, dass durch eine andere Behandlung die Heilung des Kranken sicher eingetreten wäre?
4. Kann angenommen werden, dass auch bei der eingeschlagenen Behandlungsweise unter günstigen Verhältnissen Heilung erfolgen konnte?

Im Vergleich der Betrachtung des Kunstfehlers im 20. Jahrhundert unterscheidet sich die Grundlage der Beurteilung

eines Kunstfehlers durch Otto von OESTERLEN nur in wenigen Punkten, nämlich in der Tatsache, dass sich ein Arzt auch strafbar macht bei der Übernahme einer Behandlung, zu der er von seiner Qualifikation her nicht in der Lage ist (Übernahmeverschulden). Eine regelmässige berufliche Fortbildung wird von der heutigen Rechtsprechung klar vorausgesetzt.

Der Begriff des Kunstfehlers tritt im allgemeinen nur in Verbindung mit ärztlichen Handlungen auf. Über die exakte Definition sind sich jedoch die Rechtsgelehrten heute noch nicht einig. Als Arzt formulierte Rudolf VIRCHOW, der Berliner Pathologe, so: "Kunstfehler bedeutet die fahrlässige Verletzung allgemein anerkannter Regeln der ärztlichen Wissenschaft". Diese Definition ist heute sehr umstritten, da durch sie jede Behandlung nach einer neuen Methode zum Kunstfehler gestempelt würde, und weil nur ein Bruchteil der von Ärzten aufgestellten Regeln allgemein anerkannt ist. Man neigt heute dazu, den Kunstfehler als Verstoß gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst ohne zunächst positive oder negative Wertung zu betrachten, denn prinzipiell herrscht Methodenfreiheit. Gerade deshalb ist der Arzt in erster Linie zur Sorgfalt verpflichtet. Dieser Verpflichtung kommt er nicht nach, wenn er entweder anerkannt falsche Maßnahmen ergreift, oder gebotene Maßnahmen unterlässt. Dabei wird die zweite Möglichkeit nach dem Kausalitätsprinzip nur relevant, wenn Schaden auftritt.

Wenn die Beurteilung in diesen beiden Fällen noch relativ einfach ist, so beginnen die Schwierigkeiten bei der Frage nach der Fahrlässigkeit. Fahrlässigkeit ist gemäß § 276 BGB die Außerachtlassung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt. Das bedeutet: Jeder hat seine Tätigkeit so anzupassen, wie es die im Umgang mit anderen Menschen und Sachen gegebene Sorgfalt erfordert. Fahrlässigkeit besteht also darin, dass der Schädiger die schädigende Handlung vornimmt,

obgleich er ihre Gefährlichkeit erkannt hat und es zumutbar war, sich gemäß dieser Erkenntnis zu verhalten, dies aber nicht geschieht. Ebenso ist Fahrlässigkeit gegeben, wenn die Gefährlichkeit der Handlung mangels Sorgfalt nicht erkannt wurde. Wenn § 276 die Anwendung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt erwartet, so wird damit nicht auf die Person des jeweiligen Verantwortlichen abgestellt, sondern ein abstrakter, objektiver Maßstab eingeführt (OTTO 1975). Der Schädiger kann sich also nicht auf persönliche Gründe wie Alter, Unerfahrenheit oder Übermüdung berufen. Umgekehrt kann aber das Vorliegen subjektiver Umstände zur Bejahung von Fahrlässigkeit führen; so ist bei einem bestimmten Sachverhalt gegenüber einem praxiserfahrenen Facharzt vielleicht der Vorwurf der Fahrlässigkeit begründet, nicht aber bei demselben Sachverhalt gegenüber einem jungen Arzt aus der allgemeinen Praxis. Im übrigen gibt es keine Berufung auf eingerissene Unsitten und Nachlässigkeiten. Es kommt nur jeweils darauf an, welche Sorgfalt zur Verhütung des Schadeneintritts objektiv erforderlich war.

Bereits in einem Reichsgerichtsentscheid von 1912 (RGZ 78, 432) wurde festgestellt, dass kein Mensch mit der Sicherheit einer Maschine arbeitet, dass ein Schnitt trotz aller Fähigkeit und Sorgfalt mißlingen kann. Das bedeutet strafrechtlich, dass der Arzt auf Grund seiner eigenen Fähigkeiten zur Behandlung in der Lage sein muss. Übernimmt er eine Behandlung, für die er nicht qualifiziert ist, macht er sich der Fahrlässigkeit schuldig, es sei denn, er wäre durch die Plötzlichkeit der Ereignisse zum Eingreifen gezwungen worden (§ 330 c StGB). Eine weitere Bedingung zur Bejahung der fahrlässigen Sorgfaltspflicht-Verletzung stellt die Vorhersehbarkeit des schädlichen Erfolges für den Arzt dar. Dies ist vor allem für die juristische Beurteilung von sehr großer Wichtigkeit, da diese ja ebenso ex ante erfolgen muss.

Kommt es zu einem Prozess, so hat das Gericht neben der Fahrlässigkeit die Sorgfaltspflichtverletzung oder die Verletzung der Aufklärungspflicht zu überprüfen. Den ersten Maßstab für eine eventuelle Sorgfaltspflichtverletzung hat immer die Lex artis zu liefern, da der Arzt grundsätzlich verpflichtet ist, eine eindeutig anderen Methoden überlegene Behandlung durchzuführen. Dies gilt vor allem, wenn spezielle gesetzliche Vorschriften für Therapie und Diagnostik bestehen, wie beispielsweise Impfschutz, Behandlung der Geschlechtskrankheiten und ähnliches. Befolgt ein Arzt diese Regeln, so schliesst dies im allgemeinen eine Sorgfaltspflichtverletzung aus. Andererseits ist der Arzt auf Grund der Methodenfreiheit nicht verpflichtet, nur die allgemein übliche Behandlung durchzuführen, er kann, wenn er auf Grund seines Wissens und Gewissens überzeugt ist, eine andere Behandlung bringe bessere Ergebnisse, diese durchführen. Üblicherweise gilt als erforderliche Sorgfalt die Sorgfalt, die ein Durchschnittsarzt der in Betracht kommenden Berufsgruppe anwendet.

Obwohl die Verletzung der Aufklärungspflicht streng genommen nicht unter den Begriff des ärztlichen Kunstfehlers fällt, wird heute häufig gemeinsam mit der Kunstfehlerklage der Vorwurf mangelnder Aufklärung über die Risiken eines Eingriffes erhoben. Von manchen Autoren wird sogar die Ansicht vertreten, dass Kunstfehlerklagen nur auf Grund nachlässiger Aufklärung der Patienten zustandekämen. Begründet wird dies folgendermaßen: Der Behandlungsauftrag setze das Einverständnis des Patienten voraus, rechtsgültig sei diese Einverständniserklärung aber nur bei umfassender Aufklärung (HACKETHAL 1976).
Da die tägliche Praxis der Aufklärung des Kranken nach eigenen Erfahrungen gelegentlich nicht sinnentsprechend genug auszufallen scheint, sei hier der gegenwärtige Standpunkt der deutschen Rechtssprechung ausgeführt.

Im Falle der Verletzung der Aufklärungspflicht stehen die Gerichte auf dem Standpunkt, dass über alle typischen

Folgen eines Eingriffes aufgeklärt werden muss. Eine Aufklärungspflicht für allgemein bestehende Risiken besteht nicht in diesem Ausmaß. Außerdem nimmt die Aufklärungspflicht mit der Dringlichkeit einer Indikation ab. Nach einem Urteil des BGH im Jahre 1975 braucht die Aufklärungspflicht des Arztes dann nicht mehr so umfassend zu sein, wenn der Patient durch selbstsichere und aktive Beteiligung am Arztgespräch den unzutreffenden Eindruck erweckt, er sei mit dem medizinischen Sachverhalt vertraut und ihm seien die Risiken eines Eingriffes bekannt, ferner auch dann, wenn der Patient intelligent und aufgeschlossen ist und wegen eines einschlägigen Leidens schon mehrere Ärzte konsultiert hat. Nach Ansicht des Gerichtes entspreche es grundsätzlich nicht der Billigkeit, wenn ein solcher Patient nachträglich die Folgen seines Entschlusses auf den Arzt abladen wolle, obwohl eine nachoperative Komplikation für ihn voraussehbar sein konnte.

Als letztes der für eine Verurteilung entscheidenden Kriterien sei noch die vorsätzliche Handlung kurz definiert: Eine vorsätzliche Handlung liegt vor, wenn ein vom Gesetz beschriebener Tatbestand verwirklicht wird und diese Tatbestandsverwirklichung vom Täter auch gewollt war. Vorsätzliches Handeln setzt auch das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit voraus; jedoch ist nicht erforderlich, dass der Handelnde den Erfolg gewünscht oder gar beabsichtigt hat. Ebenso ist der Beweggrund unerheblich (OTTO 1975).

Zu den Begriffen Fahrlässigkeit, Vorsatz, Sorgfaltspflichtverletzung und Verletzung der Aufklärungspflicht ist noch zu bemerken, dass in der Bundesrepublik Deutschland auch künftig die Beweislast in erster Linie beim Patienten und nicht beim Arzt liegen wird. Dies gilt jedenfalls für die strafrechtliche Seite eines Kunstfehlerprozesses, während zivilrechtlich in den letzten Jahren in gerichtlichen Entscheidungen schon mehrmals eine Umkehrung der Beweislast Gültigkeit erlangte, besonders bei groben Behandlungsfehlern oder bei für eine falsche Behandlung charakteristischen Ergebnissen.

In seiner Garantenstellung, kraft derer er verpflichtet ist, die Gefahr des Todes, des Kränkerwerdens oder des Krankbleibens von dem Leidenden abzuwenden, ist der Arzt auf Handlungen angewiesen, die die Unversehrtheit des Körpers verletzen. Der ärztliche Eingriff ist somit eine vorsätzliche, qualifizierte und gefährliche Körperverletzung, die erst durch die Einwilligung oder durch mutmaßliche Einwilligung des Patienten gerechtfertigt wird und nicht die Voraussetzungen des § 222 beziehungsweise § 223 und 230 StGB erfüllt. Dabei bedeutet die mutmaßliche Einwilligung, dass der sachgerechte ärztliche Eingriff keine Körperverletzung, sondern einen Akt der Fürsorge für den Körper darstellt. Trotz vorliegender Einwilligung des Patienten kann ein Eingriff rechtswidrig sein, wenn er gegen die guten Sitten verstößt, wie zum Beispiel Eingriffe zu experimentellen Zwecken.

Im allgemeinen wird im juristischen Schrifttum heute der Standpunkt vertreten, dass Heileingriffe grundsätzlich schon tatbestandsmässig keine Körperverletzungen sind, weil sie die Wiederherstellung der Gesundheit zum Ziel haben. Diese Auffassung setzt selbstverständlich voraus, dass die Eingriffe lege artis durchgeführt werden und die Einwilligung oder doch wenigstens mutmaßliche Einwilligung des Patienten vorliegt. Fehlt diese Einwilligung, so ist der Arzt zum Schadenersatz nach § 823/II BGB verpflichtet.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die strafrechtliche Würdigung eines Kunstfehlers selbstverständlich nach dem Paragraphen des Strafgesetzbuches zu erfolgen hat, jedoch nur nach Anhörung von Sachverständigen der Gerichtlichen Medizin gemeinsam mit solchen der vertretenen Fachrichtungen, denn nur so ist eine subtile Würdigung der zur Verhandlung anstehenden Tatbestände möglich, nur dadurch gelingt es, dem betroffenen Arzt die ihm zustehende Objektivität in der Betrachtung seiner durchgeführten Maßnahmen zukommen zu lassen. Nur durch das Zusammenwirken der Gutachter mit dem Gericht und einer Betrachtung der Situation des Betroffenen ex ante,

nämlich aus seiner damaligen Sicht, kann festgestellt werden, dass eine Fahrlässigkeit, dass ein Unterlassen, dass eine falsche Maßnahme mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zur Schädigung des Patienten geführt hat. Nur wenn auf die an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit erkannt wird. kann der eines Kunstfehlers beschuldigte Arzt strafrechtlich belangt werden; dies schliesst jedoch nicht eine zivilrechtliche Einigung im Rahmen eine Vergleiches oder eines Schadenersatzes aus.

2. Problemstellung

Nach den einleitenden theoretischen Betrachtungen über den ärztlichen Kunstfehler erschien es angezeigt, im Einzugsgebiet des Institutes für Gerichtliche Medizin an der Universität Tübingen Untersuchungen über Art und Umfang ärztlicher Kunstfehler, wie sie die Praxis liefert, anzustellen. Mithilfe dieses Anschauungsmaterials sollte schliesslich der eigene Standpunkt zu der Frage, ob im speziellen Fall der Schuldvorwurf berechtigt erscheint, erörtert werden.

3. Ausgangsmaterial und dessen Auswertung

Seit der Gründung des Institutes am 1.5.1964 ist ein großes Untersuchungsgut archiviert worden; für das hier interessierende Problem standen bis zum 31.12.1973 insgesamt 1945 Protokolle und Nachfolgenuntersuchungen von Leichenöffnungen (L) sowie 1796 Gutachtenfälle (G) zur Verfügung.

Jede dieser Akten wurde auf ihre Fragestellung geprüft, der Anteil der eindeutigen Kunstfehlerfälle ausgelesen und der Sachverhalt durch Einsichtnahme in die Originalakten der Gerichte und/oder Staatsanwaltschaften ergänzt.+

Im weiteren fand sich unter den Leichenöffnungen eine Reihe von Fällen, in denen die Anordnung zur Leichenöffnung aus anderen Gründen erfolgt, ein sich dabei zufällig ergebender Verdacht auf einen Kunstfehler aber nicht weiter verfolgt worden war. Eine Übersicht vermittelt Tabelle 1 für den Bereich der Leichenöffnungen. Unter den insgesamt 1796 G-Gutachtenfällen fanden sich dagegen lediglich 25 Kunstfehlerbegutachtungen, so dass von einer tabellarischen Darstellung abgesehen wird.

4. Ergebnisse

Wie es bei der Aufschlüsselung der Fälle nach Fachrichtungen zu erwarten war, trugen die operativen Fächer, voran die Chirurgie mit ihren Untergliederungen Orthopädie und Urologie, für die Casuistik die meisten Unterlagen bei; erstaunlicherweise folgte in der Anzahl der Fälle dichtauf die Allgemeinpraxis, wo als Vorwurf überwiegend die falsche Diagnose, die Überschätzung der eigenen Möglichkeiten und die Verkennung von Symptomen, die auf die akute Verschlechterung eines Zustandsbildes hindeuteten und eine Abgabe des Patienten erfordert hätten, erhoben wurde.

Im Gegensatz zur gegenwärtigen Meinung erschienen Narkosezwischenfälle nicht an erwarteter führender Stelle: dies

---

+ Dem Justizministerium Baden-Württemberg sei an dieser Stelle für die Erlaubnis zur Akteneinsicht gedankt.

Jahrgang	Anzahl der Leichenöffnungen	Kunstfehlerverfahren absolut	Kunstfehlerverfahren %	Verdächtige Fälle absolut	Verdächtige Fälle %
1964	28	2	7,1	-	-
1965	73	-	-	4	5,5
1966	166	1	0,6	10	6,0
1967	256	2	0,8	5	2,0
1968	243	5	2,0	9	3,7
1969	183	6	3,3	6	3,3
1970	204	5	2,5	14	6,9
1971	224	5	2,3	11	4,9
1972	275	7	2,5	10	3,6
1973	293	5	1,7	11	3,8
Gesamt	1.945	38	1,9	80	4,1

könnte eventuell damit zusammenhängen, dass die heutige fortschrittliche Narkosetechnik und eine ausreichende Anzahl von Narkosefachärzten, - und damit ausführliche Narkoseprotokolle -, in den Sechzigerjahren noch nicht in genügendem Maße vorhanden waren. Diejenigen Fälle, die eigentlich auch Narkosefehler beinhalten, wurden deshalb im Fallgut der Chirurgie und der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde aufgeführt, weil dabei Operation und Narkosedurchführung in einer Hand lagen und deshalb nicht der Fachrichtung Anaesthesie zugeschlagen werden konnten.

Die Casuistik der internen Kunstfehler betrifft in erster Linie Medikamentenüberdosierungen, Gabe falscher Medikamente oder Diagnosefehler wie zum Beispiel Schädelhirntraumen, die als Alkoholdelir gedeutet wurden.

Keine eindeutige Tendenz fand sich bei den Kunstfehlervorwürfen gegen Ärzte der Frauenheilkunde, wogegen bei der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde Nachblutungen nach Tonsillektomie der häufigste Angriffspunkt waren.

In der nun folgenden Casuistik sollen die Fälle nach Fachrichtungen geschildert werden, ebenso ihre Würdigung durch Staatsanwaltschaften oder Gerichte und eventuell strafrechtliche Folgen für den beschuldigten Arzt.

4.1. Chirurgische Fälle

4.1.1. (G 8/64)

Patientin: 53 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Arzt: 1. 44 Jahre, Facharzt für Urologie, Chefarzt der Urologischen Klinik.
2. 30 Jahre, Assistenzarzt, Urologische Klinik, beide in einer Stadt von 90.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung nach § 222 StGB.

Anamnese und Verlauf:
Bei der 53 Jahre alten Patientin waren bereits seit dem Jahre 1957 Ureterkoliken links bekannt. Es wurde daher eine operative Entfernung eines Harnleitersteines links durchgeführt. In den ersten Augusttagen 1963 trat erneut blutig verfärbter Urin auf, Schmerzen bestanden noch nicht. Durch den Hausarzt erfolgte die Einweisung in die Urologische Klinik ... zur eventuellen Steinentfernung. Am Morgen des Aufnahmetages erhielt die Patientin eine Ampulle Buscopan compositum intravenös injiziert, Begleiterscheinungen traten dabei nicht auf. Am Abend des Aufnahmetages klagte sie erneut über Schmerzen, es wurde ihr daraufhin das novalginhaltige Medikament Mack 811 compositum, welches an der betreffenden Klinik seit einigen Monaten erprobt wurde, injiziert. Kurz nach 19.00 Uhr wurde die Injektion langsam, zwei Minuten andauernd, durchgeführt; während dieses Zeitraumes waren keine Besonderheiten zu beobachten. Nach sechs Minuten erbrach die Patientin, schlug um sich und lag danach reglos im Bett. Es bestand eine ausgeprägte Zyanose, die Atmung war schnappend, der kaum zu tastende Puls schnell. Daraufhin erfolgte zunächst Mund-zu-Mund-Beatmung, anschliessend Intubation und Beatmung mit dem Draeger-Gerät. Intracardial wurde Suprarenin injiziert. Nach circa eineinhalb Stunden wurden die Wiederbelebungsmaßnahmen abgebrochen.

Sektionsbefund:
Apfelkerngroßer Stein im rechten Ureter, daneben Blutgerinnsel. Erweiterung des rechten Nierenbeckens. Zustand nach früherer operativer Entfernung eines Steines aus dem linken Harnleiter. Weites schlaffes Herz, geringe Coronarsklerose, Hochstand des Zwerchfelles, besonders rechts. Hypostase und teilweise Atelektase der Lungenunterlappen. Struma colloides nodosa mit substernal reichendem pflaumengroßen oedematösem Knoten. Auffallend weiche Milz, Hirnödem, Adipositas.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Da andere Erkrankungen, etwa des Herzens oder des Gehirns, als Ursache des plötzlichen Todes durch die makroskopischen und ausgedehnten mikroskopischen Untersuchungen auszuschliessen sind, muss ein Tod durch allergischen Schock angenommen werden. Der Verlauf mit plötzlichem Auftreten von Erbrechen und Krämpfen etwa sechs Minuten nach Beendigung der Injektion und anschliessender zentraler Atmungs- und Kreislauflähmung spricht sehr stark für einen anaphylaktischen Schock.

Die einzige Frage, die im Falle des Todes der Patientin nicht vollständig geklärt ist, ist die, durch welche der beiden Kompenenten des Mittels der anaphylaktische Schock hervorgerufen wurde. Vom Novalgin ist bekannt, dass es unter Umständen allergische Erscheinungen hervorruft, deren schwerste, aber auch seltenste der anaphylaktische Schock ist. Auch waren bei der Patientin die Voraussetzungen für eine Allergisierung dadurch gegeben, dass vor Jahren schon Novalgin verabreicht wurde.

Eigenartig und unerklärlich würde bei dieser Annahme die Tatsache bleiben, dass die Patientin am Todestage schon zwei Ampullen Buscopan compositum, das ebenfalls Novalgin enthält, bekommen hatte, ohne die geringste Reaktion darauf zu zeigen. Dies spricht gegen eine Allergisierung mit Novalgin. Eine Zungenprobe zur Abklärung einer Sensibilisierung hätte keinerlei Wert gehabt.

Man kann also nur vermuten, dass unter Umständen auch der zweite Anteil dieses Präparates Ursache des anaphylaktischen Schocks gewesen ist. Die Firma Mack teilt mit, dass über allergische Reaktionen bisher nichts bekannt wurde, obwohl das Präparat bereits über 5000 mal injiziert worden war. Es sind aber in der Literatur Fälle von Medikamenten bekannt, bei denen ganz selten auch ohne frühere Einnahme, also ohne Allergisierung, primäre Überempfindlichkeiten bestehen, die auch unter Umständen zu einem Schock führen können. Sollte diese zweite Möglichkeit zutreffen, so dürfte es sich hier um eine völlig unerwartete und unbekannte Wirkung eines schon häufig erprobten Präparates handeln, für die mit Einschränkung weder die Firma Mack noch die Urologische Klinik ... verantwortlich zu machen sind.

Verfahrensausgang:
Am 13. April 1964 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.2. (G 39/64)

Patient: 30 Jahre, Landwirt.

Arzt: 1. Facharzt für Chirurgie, 45 Jahre, Chefarzt des Kreiskrankenhauses.
2. Facharzt für Chirurgie, Oberarzt des Kreiskrankenhauses, 38 Jahre.
Beide in einer Stadt von 9.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Kriminalpolizei.

Vorwurf: Unterlassung der erforderlichen Sorgfaltspflicht und dadurch nach § 222 StGB fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Der 30jährige Landwirt erlitt am 15.8.1964 beim Dreschen einen Betriebsunfall mit offener Quetschfraktur des linken Kleinfingerendgliedes.

Noch am selben Tage wurde das Endglied amputiert und der Patient mit 0,5 ml Tetanol versorgt. Am 17.8.1964 erfolgte eine Kontrolluntersuchung durch den Oberarzt der Klinik, wobei sich keine Störung der Wundheilung fand. Am 23.8.1964 erfolgte gegen 21.00 Uhr die Einweisung des Patienten durch den Hausarzt wegen Tetanuserkrankung. Es bestanden die typischen Zeichen der Tetanusinfektion. Am 24.8.1964 gegen 09.00 Uhr wurde in Leitungs-Anaesthesie die Amputation im Grundglied des linken Kleinfingers durchgeführt. Bereits bei der Aufnahme wurde dann mit hochdosierter Verabreichung von Tetanus-Antitoxin und Relaxierung begonnen. Trotzdem rasche Zunahme der Krankheitserscheinungen; am 25.8.1964 war künstliche Beatmung erforderlich, noch am gleichen Tage kam der Patient infolge Herz-Kreislaufversagens zu Tode.

Sektionsbefund:
Hirnödem, Lungenödem, Blutungen am Herzüberzug, Blutungen in der Zwischenrippen- und Zwerfellmuskulatur, blutgestaute innere Organe.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
In der Tatsache, dass die beschuldigten Ärzte bei der Behandlung des 30 Jahre alten Patienten am 15.8.1964 außer der aktiven Impfung gegen Wundstarrkrampf keine passive Immunisierung mit Tetanusserum vornahmen, ist kein grober Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst zu erkennen. Auch durch die Verlegung in eine Spezialklinik hätte man bei dem fortgeschrittenen Stadium den Tod nicht aufhalten können.

Bedenken bestehen gegen die Tatsache, dass die Nachamputation am linken Kleinfinger erst am 24.8.1964 und nicht bereits am 23.8.1964 durchgeführt wurde. Es lässt sich indes nicht mit der für die strafrechtliche Beurteilung nötigen Sicherheit sagen, dass durch die Entfernung der als Infektionsquelle in Frage kommenden Wunde am linken Kleinfinger zu einem früheren Zeitpunkt der tödliche Ausgang abzuwenden gewesen wäre.

Verfahrensausgang:
Am 9. April 1965 Einstellung des Verfahrens nach § 170/II StPO.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.3. (G 42/65)

Patient: 2 1/2 Jahre.

Arzt: 41 Jahre, verheiratet, Facharzt für Chirurgie, nidergelassen in einer Stadt von 650.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Eltern des Kindes, Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Der 2 1/2jährige Patient wurde wegen einer hochgradigen -himose an den beschuldigten Facharzt für Chirurgie überwiesen. Dieser hatte das Kind zunächst untersucht und sich davon überzeugt, dass eine Operation tatsächlich notwendig war. Hausärztin und Eltern hatten mitgeteilt, dass das Kind sehr gesund und widerstandsfähig sei. Am 10.3.1964 kam das Kind zur Operation. Der Arzt untersuchte es zunächst und hörte das Herz sorgfältig ab. Es bestanden weder Husten noch Fieber, so dass die Operation vorgenommen werden konnte. Vor der Narkose spritzte der Arzt zwei Teilstriche Atropin subkutan, auf dem Operations-Tisch leitete er selbst die Narkose mit Vinydan ein. Die Narkose wurde über eine Schimmelbusch-Maske durchgeführt. Das Kind wurde zunächst unruhig, versuchte den Kopf zu drehen und schrie, nach circa einer Minute war es ruhig und lag bewegungslos auf dem Tisch, die folgenden Minuten atmete es durchaus normal. Nach circa vier Minuten war die notwendige Narkosetiefe erreicht. Nachdem er die Narkoseflasche an seine Ehefrau zur weiteren Führung der Narkose überlassen hatte, bemerkte er bei dem Kind einen Atemstillstand. Es wurden sofort künstliche Beatmung und Wiederbelebungsversuche eingeleitet, das Kind intubiert, mit Sauerstoff beatmet und Kreislaufmittel injiziert. Diese Maßnahmen blieben jedoch erfolglos, so dass sie nach circa 30 Minuten abgebrochen wurden.

Sektionsbefund:
Allgemeine Vergrößerung der lymphatischen Organe, der inneren Brustdrüse, der Milz, der Rachenmandeln, der Gaumenmandeln, der Lymphknoten, des Darmgekröses und der Lungenwurzel.
Keine Verlegung der Luftwege, kein auffallender Geruch an der Leiche.
Starke Hirnschwellung, starke Blutfülle des Gehirns, der Lungen, der Leber, der Milz und der Nieren. Akute Erweiterung der rechten und der linken Herzkammer.

Die feingeweblichen Untersuchungen ergaben lediglich eine leichte katarrhalische Entzündung der Luftröhrenäste.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
1. Mit großer Wahrscheinlichkeit ist der Tod des Kindes durch absolute oder relative Überdosierung des Narkosemittels Vinydan eingetreten. Der sichere Nachweis der Überdosierung lässt sich jedoch auf Grund der vorhandenen Befunde und Berechnungsmöglichkeiten nicht führen. Insbesondere ist ein Tod durch Überempfindlichkeitsreaktionen verschiedener Art nicht auszuschliessen.

2. Die ärztlicherseits vorgesehene Behandlung des Kindes war angezeigt, wenn davon ausgegangen wird, dass eine Vorhautverengung vorlag.

3. Es ist fraglich, ob der Beschuldigte bei der von ihm gewählten Narkosetechnik (Schimmelbusch-Maske; ungelernte Hilfskräfte) die für die Inhalationsnarkose eines Kleinkindes erforderliche Sorgfalt beachten konnte.

Verfahrensausgang:
Am 17. Februar 1966 wurde in der Anzeigensache gegen den Beschuldigten wegen fahrlässiger Tötung das Verfahren nach § 170/II StPO eingestellt.

Begründung:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

1. Dem Beschuldigten kann nicht vorgeworfen wrden, er habe die Eltern als gesetzliche Vertreter des Kindes nicht ausreichend auf die Gefahren der Inhalationsnarkose unter Anwendung des Narkotikums Vinydan aufgeklärt und sie hätten deshalb ihre Einwilligung gegeben ohne in der Lage zu sein, das Für und Wider des Verfahrens zu beurteilen. Die Aufklärungspflicht des Arztes endet dort, wo das Risiko, also die Wahrscheinlichkeit eines ungünstigen Ausganges derartig gering ist, dass der behandelnde Arzt es in seiner praktischen Tätigkeit nicht mehr abwägen kann (bei 521 800 Ampullen Vinydan nur ein Todesfall).

2. Dem Beschuldigten kann nicht der Vorwurf gemacht werden, er habe irrtümlich eine Phimose diagnostiziert, da sich die Vorhaut bei der Sektion ohne Schwierigkeiten über die Eichel zurückstreifen liess. Zu Lebzeiten des Kindes haben sowohl die Hausärztin als auch der Beschuldigte wie auch die Eltern eine hochgradige Phimose festgestellt.

3. Phimoseoperationen können bei Kindern und Kleinkindern in Inhalationsnarkose durchgeführt werden. Diese Art von Narkose gilt sogar als besonders schonend.

4. Erhebliche Bedenken sprechen vom Standpunkt der ärztlichen Wissenschaft allerdings gegen das Verfahren, dessen sich der Beschuldigte zum Zeitpunkt des Unglücks von dem Augenblick an zu bedienen pflegte, an dem er die Narkose eingeleitet hatte und sich dem Eingriff selbst zuwandte.

Es ist zweifelhaft, ob es mit den Regeln der ärztlichen Kunst vereinbar ist, die Fortsetzung der Narkose einer Hilfskraft ohne besondere Kenntnisse der Narkosetechnik zu überlassen. Das Gutachten des Gerichtsmedizinischen Instituts ist der Ansicht, dass dieses Vorgehen nach den modernen

Auffassungen über die Sicherungsmaßnahmen bei einer Inhalationsnarkose nicht mehr empfehlenswert sei. Doch kann eine Entscheidung der Frage, ob dieses Vorgehen einen ärztlichen Kunstfehler darstellt oder nicht, dahinstehen.

Zusammenfassend ist demgemäß festzuhalten, dass der zur Erhebung der öffentlichen Klage erforderliche Nachweis einer fahrlässigen Tötung nicht geführt werden kann und das Verfahren somit eingestellt werden muss.

4.1.4. (L 103/66)

Patient: 27 Jahre, verheiratet, Monteur.

Arzt: 1. Chefarzt, Facharzt für Chirurgie, 60 Jahre.
2. Oberarzt, Facharzt für Chirurgie, 47 Jahre.
Beide in einer Stadt von 4.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Angehörige des Verstorbenen.

Vorwurf: Der Patient sei im Krankenhaus ungenügend beziehungsweise nicht richtig behandelt worden.

Anamnese und Verlauf:
Patient stürzte am 7.9.1966 gegen 06.45 Uhr infolge zu hoher Geschwindigkeit von seinem Motorrad und wurde schwer verletzt in das Kreiskrankenhaus ... eingeliefert. In der Nach vom 7./8.9.1966 war der Patient sehr unruhig und schlug um sich, deshalb wurde er an Beinen und Körper gefesselt. Am Nachmittag des 9.9.1966 Auftreten einer Halbseitenlähmung links. Gegen Abend mehrfache Injektionen, Absaugen und Sauerstoffbeatmung. Gegen 24.00 Uhr Anstieg der Temperatur, gegen 05.45 Uhr morgens Aussetzen der Atmung und Exitus letalis. Röntgen-Aufnahmen wurden nicht durchgeführt.

Nach Angaben der Ärzte war der Patient im Kollaps mit gestörter Atemtätigkeit und tiefer Bewußtlosigkeit eingeliefert worden. Auf der rechten Stirnseite habe sich eine bogenförmig verlaufende Platzwunde mit leicht zerfetzten und gequetschten Wundrändern von 8 cm Länge gefunden. Im Bereich der Wunde war kein Anhalt für eine knöcherne Verletzung. Am 8.9.1966 wurde bei dem Patienten noch eine Lumbalpunktion durchgeführt, die keinen Anhalt für eine Hirndrucksteigerung ergab. Kein Blut im Liquor.

Sektionsbefund:
Schädelbruch (Impressionsfraktur) an der rechten Scheitelseite mit Berstungsausläufern in die hintere Schädelgrube und in das Stirnbein; unter diesem Bruch eine massive Blutung zwischen Schädeldach und harter Hirnhaut, eine epidurale Blutung. Sie führte infolge des dadurch entstandenen Hirndruckes den Tod herbei. Groß- und Kleinhinr waren unverletzt, die inneren Organe frei von krankhaften Veränderungen.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Der 37 Jahre alte Monteur ist an einer epiduralen Blutung gestorben; zwischen Unfallereignis und Eintritt des Todes lagen knapp drei Tage. Nach den Umständen des Falles waren die behandelnden Ärzte zunächst dem Irrtum unterlegen, es handele sich bei dem Patienten um eine Gehirnerschütterung. Daraus lässt sich kein Verstoß gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst ableiten. Bei rechtzeitiger Erkennung der wahren Unfallverletzungen hätte eine Operation mit hoher, aber nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Tod abzuwenden vermocht. Wäre am Tag nach dem Unfall die richtige Diagnose gestellt und operiert worden, so wären die Erfolgschancen noch geringer als am Unfalltag gewesen.

Verfahrensausgang:
Am 15. März 1967 wurde das Verfahren eingestellt.

Gründe:
a) Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.
b) Dafür, dass die Betreuung durch die Ärzte und Schwestern des Kreiskrankenhauses ... so mangelhaft war, dass man von einer unterlassenen Hilfeleistung im Sinne des § 330 c StGB reden könnte, ergeben sich keine hinreichenden Anhaltspunkte.

4.1.5. (G 163/67)

Patientin: 34 Jahre, verheiratet.

Arzt: 52 Jahre, Privatklinik für Chirurgie und Gynäkologie in einer Stadt von 32.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch nichtausreichende Behandlung einer Schlafmittelvergiftung.

Anamnese und Verlauf:
Die Patientin unternahm bereits am 14.8.1966 durch Einnehmen von Schlaftabletten einen Selbstmordversuch. Damals vierzehntägige Behandlung in der Privatklinik des beschuldigten Arztes und anschliessende Entlassung. Am 18.9.1966 weiterer Selbstmordversuch durch Einnehmen von Schlaftabletten; die Patientin wurde erst mehrere Stunden danach von Nachbarn im Bett liegend in tiefer Bewußtlosigkeit gefunden. Gegen 13.30 Uhr wurde die Patientin in die Klinik gebracht. Bei der Untersuchung der Patientin erhob der Beschuldigte folgende Befunde: Vollkommene Bewusstlosigkeit bei verlangsamtem Puls, nur noch oberflächtliche Atmung, stark erweiterte Pupillen, Pupillenreflexe, Rachen-Kehlkopfreflexe und Bauchdeckenreflexe nicht mehr auslösbar, keine pathologischen Reflexe.
Therapie: Magenspülung, Einlegen eines Mundtubus, Absaugkatheter zur Freihaltung der Atemwege, Beatmung mit Sauerstoff, Katheterisierung der Harnblase, Infusionstherapie, Corticoid-Gabe, Analeptika. Trotz dieser Therapie keine Besserung des Befindens, Exitus letalis gegen 18.00 Uhr am 18.9.1966.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Wenn davon ausgegangen wird, dass bei der Verstorbenen ein Selbstmord durch Einnahme des Schlafmittels Dormopan vorgelegen hat, so ist die von dem beschuldigten Arzt angewandte

Therapie nicht als fehlerhaft zu bezeichnen. Der Erfolg einer anderen Behandlung wäre sehr fragwürdig gewesen.

Verfahrensausgang:
Am 10. Mai 1968 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

Am 22.5.1968 wurde durch den Anzeigeerstatter Beschwerde gegen den Einstellungsbescheid erhoben, am 15.11.1968 Ablehnung durch das Oberlandesgericht ... Begründung siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.6. (L 133/68)

Patient: 38 Jahre, verwitwet, Bauarbeiter.

Arzt: Medizinalassistentin, 24 Jahre, ledig.
Städtisches Krankenhaus in einer Stadt von 32.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Angehörige des Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung wegen nicht ausreichender ärztlicher Behandlung.

Anamnese und Verlauf:
In der Nacht zum 23.6.1968 wurde der 38 Jahre alte Patient kurz nach Mitternacht neben einer Strasse aufgefunden. Es bestand deutliche Alkoholbeeinflussung. Am Hinterhaupt fand sich eine leicht blutende Schürfwunde.

Nach der Einlieferung in das Krankenhaus ... wurde er von der diensthabenden Medizinalassistentin untersucht. Bewußtlosigkeit bestand nicht, das Reflexverhalten war unauffällig. An klinischen Befunden ergab sich lediglich eine tiefe Schürfung am Hinterkopf. Der Patient war voll ansprechbar. Eine Tetanusschutzimpfung wurde von ihm energisch abgelehnt, desgleichen lehnte er eine stationäre Aufnahme ab. Nach Angaben der behandelnden Ärztin stand der Patient unter Alkohol, bei einer späteren Alkoholuntersuchung wurde ein Alkoholgehalt von 1,8 ‰ festgestellt. Eine Röntgen-Aufnahme wurde nicht durchgeführt, da angeblich kein Verdacht auf eine Schädelfraktur bestand. Da die Frage auf Haftfähigkeit bejaht wurde, wurde der Patient zur Polizeiwache gebracht und bis zur Ausnüchterung in eine Zelle eingeschlossen. Dort verhielt er sich zunächst unauffällig; gegen 07.00 Uhr lag er bewußtlos und nicht ansprechbar auf seinem Bett. Nach Untersuchung durch den Gefängnisarzt erfolgte die sofortige Überführung ins Krankenhaus ... Dort wurde nach Röntgen-Aufnahme eine Schädelfraktur festgestellt und eine Gehirnquetschung angenommen.

Am 24.6.1968 kam es gegen 01.00 Uhr zum Tod durch Hirndruck.

Sektionsbefund:
Massive Blutung zwischen die Hirnhäute, sogenannte subdurale Blutung. Todesursache letzten Endes Hirndruck. Schädelbruch im linken Hinterhauptsbereich.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Bei rechtzeitiger ärztlicher Behandlung sind die Überlebenschancen als gut zu bezeichnen. In jeder weiteren Stunde, die nach dem Unfallereignis vergeht, werden die Überlebenschancen geringer. Bei der Art der Verletzungen im vorliegenden Fall wäre mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen, dass der Patient am Leben geblieben wäre. Allerdings wird sich dies nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit sagen lassen.

Verfahrensausgang:
Am 24. Juli 1968 wird das Verfahren eingestellt.

Gründe:
Die objektive falsche Behandlung beziehungsweise Nichtbehandlung der Gehirnblutung in der fraglichen Nacht war also nicht mit Sicherheit kausal für den Tod des Verstorbenen, da er vielleicht auch bei richtiger Behandlung nicht zu retten gewesen wäre.

Soweit die behandelnde Ärztin es unterlassen hat, den Patienten gleich nach seiner Einlieferung röntgen zu lassen und ihn auf die durch eine solche Röntgen-Aufnahme eventuell gleich erkannte Gehirnblutung, sofort zu behandeln, liegt kein Vergehen der unterlassenen Hilfeleistung nach § 330 c StGB vor, da die Ärztin (wenn auch eventuell fahrlässig) nicht erkannt hat, dass eine sofortige Hilfe erforderlich sei, das Vergehen nach § 330 c StGB aber nur vorsätzlich begangen werden kann.

Dass der Verstorbene infolge der unterlassenen sofortigen Behandlung der Gehirnblutung weitergehende als bei rechtzeitiger Behandlung auftretenden Schmerzen tatsächlich erlitten hat, kann nicht festgestellt werden.

4.1.7. (L 225/68)

Patient: 32 Jahre, verheiratet, Bauingenieur.

Arzt: 46 Jahre, verheiratet, Facharzt für Frauenkrankheiten und Chirurgie, Kreiskrankenhaus in einer Stadt von 4.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehefrau des Verstorbenen.

Vorwurf: Es bestehe der Verdacht, dass ein Behandlungsfehler vorliege. Die Operation sei auch nicht vom eigentlichen Chirurgen des Krankenhauses ausgeführt worden.

Anamnese und Verlauf:
Der 32 Jahre alte Patient, der seit Jahren an Nierensteinen litt, die alljährlich zu Koliken mit Steinabgängen führten, bekam am 29.10.1968 starke Schmerzen, die vom Rücken in den Bauch zogen und sich nach eigener Schilderung des Verstorbenen gegenüber seinem Hausarzt deutlich von den sonst bei einer Nierenkolik auftretenden Schmerzen unterschieden. Der Hausarzt stellte auf Grund einer eingehenden Untersuchung eine akute Blinddarmentzündung fest und veranlasste die sofortige Einweisung in das Krankenhaus ... Dort wurde auf Grund von klinischen Befunden und Laboruntersuchungen die Diagnose bestätigt. Man entschloss sich daher zur sofortigen Operation.

Postoperativ war das Befinden des Patienten zunächst unauffällig. Am 31.10.1968 deutliche Besserung des Urinbefundes, am 1.11.1968 klagte der Patient erstmals über Beschwerden im Oberbauch. Durch eine Magensonde entleerte sich reichlich Luft, aber kein Mageninhalt. Am 2. und 3.11.1968 nach entsprechender Medikation reichlicher Abgang von Winden, kein Stuhlgang. Ausgeprägte Leukozytose. Am 4.11.1968 nach medikamentöser Behandlung Abgang von flüssigem Stuhl; der Leib war zu diesem Zeitpunkt stark aufgetrieben, der Patient klagte über erhebliche Oberbauchschmerzen. Anstieg des Bilirubins im

Serum. Am 5.11.1968 klagte er über erhebliches Völlegefühl im Oberbauch; beschleunigter Puls, Temperaturanstieg auf 39,9° C. Nach Erbrechen galliger Flüssigkeit wurden durch die Magensonde circa zwei Liter schwärzliche gallige Flüssigkeit abgesaugt. Sehr schlechter Allgemeinzustand des Patienten. Nach nochmaliger medikamentöser Darmanregung morgens und abends Stuhlgang und Abgang von Winden. Trotz intensiver Therapie gelang es nicht, die Darmlähmung zu bessern. Am 6.11.1968 weitere Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Temperaturen um 40° C. Deutliche Zeichen einer schweren Intoxikation. Puls nur noch sehr schwach, Pulsfrequenz 160 pro Minute. In den Abendstunden ist der Puls kaum noch zählbar, es kommt zur Kreislaufzentralisation mit Erkalten der Gliedmaßen trotz hoher Fiebertemperaturen. Am 7.11.1968 gegen 00.30 Uhr Eintritt des Todes.

Sektionsbefund:
Blähung der mit schwappendem Inhalt gefüllten oberen und mittleren Dünndarmschlingen. Keine Bauchfellentzündung. Stauung der Blutadern im Gekröse und unter dem Bauchfell. In Heilung begriffene Operationswunde am Blinddarm, Zustand nach Tabaksbeutelnaht. Dünndarmklappe unauffällig.

Schwellung der Nieren und Stauung der kleinsten Blutadern. Erweiterung des rechten Nierenbeckens mit Verdickung und punktförmigen Blutaustritten der Schleimhaut. Erweiterung des rechten Harnleiters. Verschluß dieses Harnleiters circa 10 cm unterhalb des Nierenbeckens durch einen korallenförmigen Nierenstein.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Im Laufe des 29.10.1968 stellen sich bei dem Verstorbenen vom Rücken in den Bauch ziehende Schmerzen ein, die sich nach eigener Schilderung deutlich von den Schmerzen, die sonst bei einer Nierenkolik aufgetreten waren, unterschieden. Auf Grund eingehender Untersuchung stellte der Hausarzt, der den Patienten längere Zeit aus der Behandlung kannte, eine akute Blinddarmreizung fest und veranlasste die sofortige

Einweisung in das Krankenhaus ... (Einweisungsdiagnose: Akute Appendicitis). Hier wurde die Diagnose durch Untersuchung und Laborbefunde bestätigt. Man entschloß sich zur sofortigen Operation.

Nach der etwas erschwerten Operation verhielt sich der Patient zunächst unauffällig. Im Laufe der nächsten Tage gingen zwar Winde ab, doch kam die Stuhlentleerung nicht wieder in Gang. Es stellte sich eine Darmlähmung ein, die schliesslich am 7.11.1968, rund acht Tage nach der Operation, zum Tode führte.

Es fragt sich nun, ob der Beschuldigte schuldhaft den Tod des Patienten verursacht hat, in dem er gegen die anerkannten Regeln dee ärztlichen Kunst verstieß. Hierzu ist grundsätzlich auszuführen, dass akute Blinddarmentzündungen häufig die Gefahr eines Durchbruches in sich bergen; jeder Arzt wird sich deshalb, wenn die typischen Erscheinungen vorliegen, zur sofortigen Operation entschliessen und keine weiteren differentialdiagnostischen Erwägungen anstellen.

Im vorliegenden Fall kommt erschwerend hinzu, dass der Patient von seinem Hausarzt bereits mit der Diagnose "akute Blinddarmreizungen" ins Krankenhaus eingeliefert worden war. Nur beiläufig wurde erwähnt, dass der Patient wenige Tage zuvor an einer Nierenkolik links gelitten hatte. Der Nierenerkrankung wurde deshalb nur untergeordnete Bedeutung beigemessen.

Rückblickend dürften die Erscheinungen, die am 29.10.1968 zur der Diagnose "Blinddarmentzündung" führten, in dem im rechten Harnleiter eingeklemmten Nierenstein zu suchen sein. Eine histologische Untersuchung des Wurmfortsatzes hat nicht stattgefunden, so dass es sich nachträglich nicht beweisen lässt, ob der Wurmfortsatz tatsächlich entzündet gewesen ist. Wenn auch eine Appendicitis nicht sicher auszuschliessen ist, so spricht doch die weit höhere Wahrscheinlichkeit dafür, dass der eingeklemmte Nierenstein Ursache der Krankheitserscheinungen gewesen ist.

Alle behandelnden Ärzte waren folglich im Irrtum befangen, wenn sie die Erscheinungen für die Folge einer Blinddarmentzündung hielten. Nach den bisherigen Koliken, die der Patient während der letzten Jahre erlitten hatte, und insbesondere nach den spezifischen Untersuchungen des letzten Jahres, war allerdings ein Nierenstein, wie er bei der Leichenöffnung eingeklemmt gefunden wurde, nicht zu erwarten. Freilich hätte eine Röntgenuntersuchung der Nieren bzw. des Unterbauches während des Krankenlagers den wahren Sachverhalt aufgedeckt und die ärztliche Behandlung in andere Bahnen gelenkt.

Fraglich ist indes, ob in dem Zustand, in dem sich der Patient nach der Operation, vor allem am dritten Tag nach der Operation, befand, eine solche Operation zur Entfernung des Harnleitersteines hätte durchgeführt werden können und ob durch eine solche Operation die fortschreitende Darmlähmung noch zu beheben gewesen wäre. Im Vordergrund der Behandlung stand die Behebung der Darmlähmung, diese hatte nicht im Operationsgebiet, sondern im Oberbauch begonnen. Sie steht dementsprechend aus ärztlicher Sicht betrachtet, mehr mit dem Nierenstein, als mit der Blinddarmoperation in ursächlichem Zusammenhang. Die Operation war jedenfalls regelrecht durchgeführt worden. Zur Zeit des Todes befand sich die Wunde in guter Heilung. Auch ein mechanischer Darmverschluß scheidet aus.

So tragisch der Krankheitsverlauf auch gewesen ist, so wird man doch unter den besonderen Umständen des Falles den behandelnden Ärzten, auch wenn sie sich in der Diagnose geirrt haben, nicht den Vorwurf machen können, sie hätten durch ungenügende Sorgfaltswaltung den Tod verursacht.

Verfahrensausgang:
Am 14. Januar 1969 wurde das Verfahren wegen Verdachtes der fahrlässigen Tötung eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.8. (L 33/69)

Patientin: 19 Jahre, Arbeiterin.

Arzt: Facharzt für Chirurgie, Krankenhaus in einer Stadt von 4.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Grobfahrlässiges Verhalten entgegen der anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst.

Anamnese und Verlauf:
Bei der Patientin wurde 1962 die Appendektomie durchgeführt. Am 15.2.1969 kam sie mit einer Darmverschlingung ins Kreiskrankenhaus ... und wurde dort sofort operativ versorgt. An den folgenden Tagen trat eine Heftpflasterallergie auf, die auf Calcium gut ansprach. Am 22.2.1969 erneut intravenöse Injektion von Calcium in der Zeit zwischen 18.10 Uhr und 18.20 Uhr. Daraufhin kollabierte das Mädchen, bekam weite Pupillen und war nicht mehr ansprechbar. Nach Thorakotomie und direkter Herzmassage trat nach 10 Minuten die erste spontane Herzaktion auf. Gegen 19.30 Uhr Verschluß des Thorax, zu diesem Zeitpunkt war die Herzaktion spontan und regelmässig. Gegen 24.00 Uhr wurde die Herzaktion wieder unregelmässig, gegen 00.10 Uhr trat irreversibler Herzstillstand ein. Gegen 00.50 Uhr wurde der Tod festgestellt.

Sektionsbefund:
Schwellung des Gehirns, hochgradige Stauung der rechten, und Kollaps der linken Lunge. Blässe der Bauchorgane. Schocknieren. Subendocardiale Blutaustritte. Zustand nach operativer Behebung der Darmverschlingung, Verklebung der unteren Dünndarmschlingen, innerhalb der Verklebungen kleine Stichlücke in der Dünndarmwand. Gut daumengroße Eiterhöhle innerhalb der Operationswunde in den tiefen Schichten. Die feingewebliche Untersuchung bestätigte den bei der Leichenöffnung

erhobenen Befund, denn es fanden sich vor allem im Herzmuskel und in den Lungen massive Infiltrate, die vorwiegend aus weißen Blutkörperchen bestanden. Somit war eine übermässige Antigenantikörperreaktion auch mikroskopisch gesichert.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Die Patientin soll nach den Angaben zur Krankheitsvorgeschichte auch schon vor der erwähnten Heftpflasterallergie an allergischen Reaktionen gelitten haben, so dass bei der Einlieferung ins Krankenhaus bereits eine allergische Disposition bestanden hatte. Hinzu kommt nun sehr wahrscheinlich noch eine Infektallergie, ausgehend von der vereiterten Operationswunde. Es wäre also gut denkbar, dass allein diese Infektallergie Anlass zum akuten tödlich endenden Kreislaufversagen gewesen ist. Die Vereiterung der Operationswunde war zweifelsohne Folge einer Infektion, die bei Operationen in der Bauchhöhle, insbesondere am Darm, nicht immer zu vermeiden ist. Im vorliegenden Fall muss bei der Lösung der Darmverschlingung eine kleine Stichverletzung der Darmwand entstanden sein. Es ist so auch möglich, dass dabei Keime in die Operationswunde gelangten und Anlass zu späteren Vereiterungen gaben. Sicher zu beweisen ist diese Annahme allerdings nicht. Auch die Calciuminjektion wird man nicht als auslösendes Moment des Kreislaufversagens ansehen können, wenn man die von dem behandelnden Arzt angegebene Injektionsdauer von zehn Minuten unterstellt. Diese Dauer entspricht ärztlichen Erfahrungen und führt praktisch nie zu Zwischenfällen. Man wird daher den behandelnden Ärzten nicht nachweisen können, dass sie grob fahrlässig und damit entgegen anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt hätten.

Verfahrensausgang:

Das Verfahren der Todesermittlungssache wurde am 3. März 1969 eingestellt, da die polizeilichen Ermittlungen keinen Anhaltspunkt dafür ergaben, dass der Tod durch vorsätzliches oder fahrlässiges Verschulden oder Mitverschulden eines Dritten verursacht worden ist.

4.1.9. (L 137/69)

Patient: 50 Jahre, Krankenpfleger.

Arzt: 58 Jahre, Facharzt für Chirurgie in einer Stadt von 12.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Verdacht auf fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Am 30.9.1969 traf im Sanantorium der 50jährige Krankenpfleger ein, um am 1.10.1969 seinen Dienst anzutreten. In der Nacht vom 30.9.1969 zum 1.10.1969 nahm er offensichtlich in Suizidabsicht eine Überdosis Schlaftabletten ein. Er wurde in der Frühe des 1.10.1969 tief schlafend aufgefunden. Der um 08.00 Uhr herbeigerufene Beschuldigte untersuchte den Patienten und verabfolgte zunächst drei Lobelin-Spritzen sowie je eine Micoren-, Coramin- und Effortilspritze. Gegen 17.00 Uhr wiederholte er diese Einspritzungen. Gegen 24.00 Uhr wurden je eine Entwässerungs- und eine Herzspritze verabreicht. Bei einer Untersuchung durch den Beschuldigten am 2.10.1969 war der Zustand des bewußtlosen Patienten unverändert. Daraufhin im Laufe des Tages erneut Lobelin- und Effortil-Einspritzungen. Am 3.10.1969 zwischen 05.00 Uhr und 06.00 Uhr starb der Krankenpfleger, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben.

Sektionsbefund:
Deutliche Zeichen des Kreislaufversagens, Blutstauung im Gehirn sowie in den Brust- und Bauchorganen, Lungenödem sowie eine herdförmige Lungenentzündung.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Der Beschuldigte gab an, er habe am Morgen des 1.10.1969 sogleich den Verdacht einer Arzneimittelvergiftung gehegt, eine Magenspülung aber abgelehnt, weil die Zeitspanne der

mutmaßlichen Arzneistoffeinnahme zu groß gewesen sei. Diese Auffassung ist irrig, denn die Spanne betrug allenfalls neun bis zehn Stunden. Dass eine solche Spülung zweifelsfrei noch eine größere Menge an Arzneimitteln ans Tageslicht gefördert hätte, ergibt sich aus der Tatsache, dass sich selbst 56 bis 57 Stunden später, also zum Zeitpunkt des Todes, noch erhebliche Tablettenmengen im Magen befanden.

Obwohl der Beschuldigte eine Arzneimittelvergiftung vermutete, konnte er prima vista nicht wissen, welche Medikamente und welche Menge der Krankenpfleger eingenommen hatte. Um so merkwürdiger erscheint, unter den gebotenen Umständen den Bewußtlosen liegen zu lassen, sich mit einigen Spritzen zu begnügen und in längerstündigen Abständen nach dem Bewußtlosen zu schauen.

Mit einer herdförmigen Lungenentzündung ist bei Vergiftungen, gleich welcher Art, die mit Bewußtlosigkeit einhergehen, stets zu rechnen. Deswegen sind prophylaktische Maßnahmen erforderlich. Ferner wäre bei dem Patienten eine ausreichende Substitution von Flüssigkeit und Elektrolyten notwendig gewesen; diese wurde jedoch unterlassen.

Fasst man den Vergiftungsablauf bei dem Patienten und seine Behandlung durch den Beschuldigten zusammen, so ergibt sich, dass sich der Arzt, der sich nach Zeugenaussagen recht intensiv um den Patienten gekümmert haben soll, offenbar mangels ausreichender Sachkenntnisse bei der Beurteilung des Vergiftungsbildes im Irrtum befunden hat. Durch geeignete ärztliche Maßnahmen wäre der Tod mit äußerst hoher, aber nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit abzuwenden gewesen.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Verfahrens wegen fahrlässiger Tötung am 8.März 1971.

Gründe:

Der 50jährige Krankenpfleger starb an einer kombinierten Meprobamat-,Phenothiazin- und Barbiturat-Vergiftung. Die Vergiftung war nicht schwerer Natur, führte aber interkurrent über eine herdförmige Lungenentzündung zum Tode.

Ein Vergehen der unterlassenen Hilfeleistung lässt sich dem Beschuldigten nicht nachweisen. Er hat sich am Vormittag des 1.10.1969 bis zum Tode am Morgen des 3.10.1969 um den Patienten gekümmert und unwiderlegbar geglaubt, dass die von ihm ergriffenen Maßnahmen ausreichend seien. Der nach § 330 c StGB erforderliche Vorsatz ist somit nicht nachweisbar.

Was den Vorwurf der fahrlässigen Tötung anbetrifft, so ist mit dem gerichtsmedizinischen Gutachten davon auszugehen, dass die Diagnose des Beschuldigten, es handle sich um eine Psychopharmaka- und um keine Schlafmittelvergiftung, falsch war. Ferner waren die seitens des Beschuldigten verabreichten Mittel zur Kreislaufanregung und Stimulierung des Atemzentrums zu gering. Er hätte die Gefahr des Eintritts einer Lungenentzündung erkennen und die Behandlung darauf abstimmen müssen. Dies ist nicht geschehen.

Der Gutachter kommt bei der Beurteilung des Verhaltens des Beschuldigten zu dem Ergebnis, dass der Beschuldigte, offenbar mangels ausreichender Sachkenntnisse, sich bei der Beurteilung des Vergiftungsbildes im Irrtum befunden hat. Gleichwohl lässt sich nach dem Gutachten nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststellen, dass durch sofortige geeignete ärztliche Maßnahmen der Tod abzuwenden gewesen wäre. Die Kausalität der Verhaltensweise des Beschuldigten für den Tod des Krankenpflegers konnte somit nicht erwiesen werden, weshalb das Verfahren mangels Beweises einzustellen war.

4.1.10. (L 153/69)

Patient: 47 Jahre, Schlosser.

Arzt: Assistenzarzt der Chirurgischen Abteilung, 31 Jahre, Assistenzärztin der Chirurgischen Abteilung, 35 Jahre, im Kreiskrankenhaus in einer Stadt von 75.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Dringender Verdacht auf fahrlässige Körperverletzung und der unterlassenen Hilfeleistung.

Anamnese und Verlauf:
Am 25.10.1969 gegen 23.00 Uhr stürzte der verheiratete Schlosser auf der Kellertreppe in seiner Wohnung. Er wurde in einem Krankenwagen in das Kreiskrankenhaus ... gebracht. Dort waren die Beschuldigten als diensthabende Ärzte eingeteilt. Sie wurden von der Ehefrau über den vorangegangenen Sturz ihres Ehemannes unterrichtet und untersuchten den Letzteren, wobei auch Pupillenreaktion, Reflexe, Beweglichkeit der Extremitäten und Blutdruck geprüft und der Schädel durch Palpation auf etwaige Bruchverletzungen untersucht wurde, ohne dass ein Schädelbruch festgestellt werden konnte. Zu einer genaueren Feststellung wäre eine Röntgenaufnahme des Schädels erforderlich gewesen, die jedoch von dem Patienten, der vermindert ansprechbar war und unter Alkohol zu stehen schien, verweigert wurde mit dem Bemerken, er wolle heim.

Nach Belehrung, dass der Patient am nächsten Tag zu einer Schädelaufnahme wieder kommen müsse, brachte die Ehefrau den Patienten nach Hause. Am folgenden Tage wurde der Patient von einem freipraktizierenden Arzt wieder in das Kreiskrankenhaus ... eingewiesen, dort geröntgt, wobei jedoch keine Fraktur festgestellt werden konnte, und anschliessend stationär aufgenommen. Da sich zunehmende Hirndruckzeichen einstellten,

wurde der Patient am 3.11.1969 trepaniert. Trotzdem besserte sich der Zustand nicht; er starb am 5.11.1969 an den Folgen des am 25.10.1969 erlittenen Schädelbruches mit Hirnquetschung.

Sektionsbefund:

Die Kopfschwarte im rechten Schläfen- und Scheitelbereich über einer circa 12 cm langen Operationswunde stark blutunterlaufen. Außerdem findet sich im linken hinteren Scheiteilbereich eine etwa zweimarkstückgroße blutunterlaufene Quetschung der lockeren Schichten. An der linken hinteren Scheitelpartie sieht man im Schädeldach, entsprechend der gequetschten lockeren Schichten der Kopfschwarte, das Zentrum eines zunächst haarfeinen Schädelbruches, der schräg nach vorn absteigt und am vorderen Winkel in die Naht der Schläfenbeinschuppe ziemlich breit klaffend übergeht. Er steigt sodann in die Tiefe des Schädels ab. An der rechten Scheitelpartie findet sich eine ovale große Knochenschuppe, die operativ durch Bohrlöcher aus dem Schädeldach getrennt und durch Nähte wieder befestigt ist. Nach dem Abkappen des Gehirns in der Sägeschnittebene, imponiert zunächst einmal, dass die rechte Großhirnhalbkugel im Bereich der großen Kerne um etwa 14 mm nach links über die Pfeilnaht verdrängt ist. Das linke Hinterhorn etwa daumenbreit verformt, das linke Vorderhorn schlitzförmig. Vorder- und Hinterhorn der rechten Seitenkammer sind völlig verstrichen. Das Marklager des rechten Stirnlappens und die rechte Insel sowie der vordere Bereich der großen Kerne weisen braunrot gefärbte, streifen- und fleckförmige, ineinandergreifende blutige Erweichungsherde auf. Im Bereich des rechten Schläfenlappens sieht man, dicht gesät stehende, punkt- bis glasstecknadelkopfgroße Blutungsherde. Im übrigen ist das Hirngewebe feucht glänzend, sehr blass und von teigiger Beschaffenheit. Im Hirngrund ist die Außenkante des rechten Stirnlappens sowie der Pol und die Außenkante des rechten Schläfenlappens tief gequetscht und bereits blutig erweicht. Die rechte Seepferdchenwindung ist um Fingerbreite vorgefallen, die linke tief eingeschnürt. An den Kleinhirnhalbkugeln ein deutlich ausgeprägter Druckkonus.

Das Gewebe der Kleinhirnhalbkugeln ausgesprochen blass und von teigiger Beschaffenheit.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Der 47 Jahre alte Schlosser ist nach dem Ergebnis der Leichenöffnung an einer schweren gewaltsamen Schädelhirnschädigung gestorben.

Die Gewalt hatte, entsprechend einer blutunterlaufenen Quetschung in der Kopfschwarte an der linken hinteren Scheitelpartie angesetzt, zu einem in die linke mittlere Schädelgrupe absteigenden Schädelbruch und sowohl am Ort der Gewalteinwirkung als auch in den schräg vorn gegenüberliegenden Anteilen der rechten Großhirnhalbkugel zu ziemlich großen und tiefgreifenden Quetschungsherden geführt. Infolge der Verletzungen hatte sich ein hochgradiger Druck eingestellt, dieser wiederum hat den Tod durch akutes Kreislaufversagen herbeigeführt.

Bei dem Ausmaß der Verletzungen wäre, auf Grund der bei der Leichenöffnung erhobenen Befunde, kaum mit einer Heilung zu rechnen gewesen. Derartige Gewalteinwirkungen pflegen über kurz oder lang den Tod herbeizuführen. Dennoch erscheint es unverständlich, dass der Patient nach dem Sturz von der Treppe nicht stationär aufgenommen worden ist.

Verfahrensausgang:
Am 12. Februar 1970 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung gegen die oben angeführten Ärzte eingestellt. Den Beschuldigten war nicht nachzuweisen, dass sie den Tod durch anderes Verhalten hätten vermeiden können. Es wird ihnen nicht zu beweisen sein, dass sie die Hirnverletzung des Patienten am 25.10.1969 mit Hilfe einer Röntgenaufnahme erkannt hätten, zumal die am folgenden Tage angefertigte Röntgenaufnahme dies ebenfalls nicht erkennbar machte. Auch bliebe angesichts des häufig tödlichen Verlaufs derartiger Verletzungen offen, ob die Beschuldigten den Tod durch ärztliche Maß-

nahmen hätten verhindern können.

Erst recht war den Beschuldigten das Bewußtsein einer lebensbedrohlichen Lage des Patienten und damit ein vorsätzliches Unterlassen der Hilfeleistung gemäß § 330 c StGB nicht nachzuweisen.

4.1.11. (G 117/69)

Patientin: 42 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Arzt: 61 Jahre, verheiratet, Facharzt für Chirurgie, Oberarzt-Vertreter, Krankenhaus in einer Stadt von 34.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch grobe Außerachtlassung der Regeln der ärztlichen Kunst.

Anamnese und Verlauf:
Die Patientin wurde am 29.6.1967 gegen 18.00 Uhr wegen einer Blinddarmentzündung in das Städtische Krankenhaus ... eingewiesen. Am gleichen Abend gegen 21.00 Uhr wurde die Appendektomie an der sehr adipösen Patientin von dem Beschuldigten vorgenommen. Nach Angaben des Operateurs sei offenbar freier Eiter in der Bauchhöhle gewesen; eine am Mesenteriolum aufgetretene Blutung wurde durch Übernähungen gestillt. Ferner wurde angegeben, eine während der Operation entstandene venöse Blutung aus dem Netz in der Nähe der Dünndarm-/Dickdarmklappe sei durch einige Umstechungen der betreffenden beiden Venen gestillt worden. Anschliessend sei die Durchblutung und Ernährung des Darmes kontrolliert worden. Nach Angaben der Assistierenden sowie der Operationsschwester soll es bei dem Versuch, den Wurmfortsatz darzustellen, zu einer plötzlich auftretenden Blutung in der Tiefe von circa 400 bis 500 ml gekommen sein. Diese Blutung sei durch blinde Umstechungen gestillt worden. Freien Eiter hätten sie nicht feststellen können.

Im Laufe der folgenden Tage deutliche Verschlechterung im Befinden der Patientin. Am 3.7.1967 Patientin elend, Leib gebläht, Brechreiz, weicher hochfrequenter Puls. Darauf Entschluß zur zweiten Operation. Intraoperativ wurde festgestellt, dass Teile des Dick- und Dünndarmes in der Umgebung

des Operationsgebietes brandig waren. Dies sei vermutlich durch eine nicht sachliche Unterbindung von Gefäßen geschehen. Resektion der entsprechenden Darmabschnitte und Transversoileostomie. Am 5.7.1967 kam die Patientin ad exitum.

Eine Obduktion wurde abgelehnt. Nach Vernehmung von Zeugen wurde das Verfahren gegen den Beschuldigten am 25.11.1968 eingestellt. Vom Rechtsanwalt des Ehemannes wurde daraufhin am 17.12.1968 Beschwerde eingelegt; dieser Beschwerde wurde stattgegeben und im September 1969 ein medizinisches Gutachten zu der Frage, ob der Beschuldigte bei der am 29.5.1967 vorgenommenen Blinddarmoperation lege artis vorgegangen sei, beantragt.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Die gerichtsmedizinische Stellungnahme zu den im Gutachtenauftrag gestellten Fragen wird erschwert dadurch, dass eine Obduktion der Verstorbenen nicht durchgeführt wurde. Eine pathologisch-anatomische Diagnose über die Todesursache liegt somit nicht vor. Diesem nicht mehr zu korrigierenden Umstand kommt eine zentrale Bedeutung zu. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass es sich nach übereinstimmender Auffassung um eine schwere Operation gehandelt hat. Diese Schwierigkeiten ergaben sich aus der adipösen Konstitution der Patientin. Bei derartigen Patienten pflegt ganz allgemein das Operationsrisiko größer zu sein als üblich. Die erschwerte technische Durchführung der Operation kann zu einer stärkeren Traumatisierung der empfindlichen Organgewebe und zu einer allgemein erhöhten Belastung des Gesamtorganismus führen. Daher sind in derartigen Fällen postoperative Komplikationen sehr gefürchtet. Insbesondere gilt für die Gefährdung durch Thrombosen, dass zum Beispiel Bauchoperationen, Infektionen und Fettleibigkeit als besondere Risikofaktoren anzusehen sind.

Der später operativ entfernte Darmanteil war hämorrhagisch infarziert und zeigte Gerinnungsthromben in den Gefäßen. Ein derartiger Befund sagt allerdings nichts darüber aus, ob der

Untergang dieses Gewebes durch Unterbindung der Gefäße, oder zum Beispiel durch eine als postoperative Komplikation gefürchtete Thrombosierung der großen Darmgefäße entstanden ist. Diese beiden Möglichkeiten wird man bei der nun einmal gegebenen Sachlage offen lassen müssen.

Demnach sind objektive Feststellungen über ein fehlerhaftes Verhalten des Beschuldigten, insbesondere auch bei Berücksichtigung der von ihm bei seiner späteren Vernehmung über den Operationsverlauf gemachten Angaben mit der forensisch erforderlichen Sicherheit nicht möglich.

Verfahrensausgang:
Am 3. April 1970 wird das Verfahren in der Anzeigensache gegen den Beschuldigten wegen fahrlässiger Tötung eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.12. (L 44/70)

Patientin: 33 Jahre, Hausfrau.

Arzt: 45 Jahre, niedergelassener Facharzt für Urologie.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Die 33 Jahre alt gewordene Patientin litt bereits 1964 während ihrer ersten Schwangerschaft an Nierenkoliken. Später traten Gallenkoliken auf, daher wurde 1966 eine Gallenblasenoperation durchgeführt. Während der zweiten Schwangerschaft kam es im Sommer 1967 erneut zu Nierenbeschwerden. Daneben waren in der Vorgeschichte das Auftreten tetanischer Zeichen, sowie eine Kreislaufschwäche Ende November 1965 zu verzeichnen. Im Dezember 1969 machte sie eine Grippe durch. Am 19.1.1970 traten erneut Nierenschmerzen auf, die am 20.1.1970 mit einer Sympathikusblokkade durch den beschuldigten Arzt behandelt wurden. Er injizierte 15 ml einer einprozentigen Novocainlösung ohne Suprarenin 5 cm rechts paravertebral in Höhe des zweiten bis dritten Lendenwirbelkörpers.

Nachdem der Versuch, den Stein durch eine Schlinge zu entfernen, nicht gelungen war, wurde am 22.1.1970 gegen 09.00 Uhr in der Praxis in Seitenlage links eine zweite Sympathikusblockade mit 15 ml einer einprozentigen Novocainlösung ohne Suprarenin plus 3 ml Novalgin (50%ig) wieder in der gleichen Körperregion durchgeführt. Etwa 30 Minuten später traten aufsteigende Mißempfindungen an beiden Beinen auf mit zunehmender Muskelschwäche beidseits. Der Blutdruck fiel von 140 mm Hg ab auf 110 mm Hg.

Die Patientin war bei ihrer Aufnahme ins Krankenhaus ... bewußtseinsgetrübt, die Pupillen waren maximal weit und

reagierten nur träge auf Licht. Später traten tetanische Krämpfe auf. Wegen dieses äußerst ernsten Zustandes wurde die Patientin auf die Intensivstation der Universitätsklinik ... verlegt. Trotz des noch äußerst schweren Zustandsbildes entschloß man sicht am 9.3.1970 zur Entfernung des Nierensteines aus dringenden Gründen. Während der Operation trat ein kurzzeitiger Herzstillstand ein, der jedoch behoben werden konnte. Wegen des massive Lungenödems musste die Patientin künstlich beatmet werden. Am 14.3.1970 trat vorübergehend ein Herzkammerflimmern ein. Schliesslich setzte die Herzaktion am 17.3.1970 erneut aus; Wiederbelebungsmaßnahmen blieben erfolglos, so dass die Patientin circa acht Wochen nach dem Anaesthesie-Zwischenfall verstarb.

Sektionsbefund:
An den Herzklappen warzenartige elastische Auflagerungen. Im Bereich des Nieren- und Lungengewebes mehr oder weniger diskrete Entzündungszeichen. Daneben bestand vor allem ein bereits in Organisation begriffenes Lungenödem und eine aufsteigende Entzündung des Nierengewebes.

Bei dem im Institut für Hirnforschung in Tübingen durchgeführten Untersuchungen waren im Brust-, Lenden- und Sakralbereich des Rückenmarks schwere toxische Schäden festzustellen. Auch im Bereich des Großhirns waren Entzündungszeichen festzustellen, die wahrscheinlich auf die entzündlichen Druckgeschwüre zurückzuführen waren. Ferner wurden Veränderungen im Bereich der Strukturen des zentralen Nervensystems beschrieben, die auf die toxische Wirkung des Novalgins, insbesondere bei intraspinaler Injektion, zurückzuführen waren.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Im vorliegenden Fall bestehen keine Zweifel daran, dass auf Grund der schweren Schädigung des zentralen Nervensystems durch Novalgin sich das schwere Krankheitsbild der Patientin in geradezu typischer Weise entwickelt hat. So ergibt sich auch aus den klinischen Stellungnahmen, dass der kurz nach der Injektion aufgetretene schwere Schock- und

Kollapszustand mit der einsetzenden Querschnittslähmung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf eine toxische Schädigung durch das injizierte Novalgin zurückzuführen ist.

Das ganze Ausmaß der Schädigung ergibt sich auch aus den eingehenden klinischen Berichten und Untersuchungsbefunden und findet seinen Ausdruck auch in der Tatsache, dass die Patientin durchgehend auf Intensivstationen behandelt und gepflegt werden musste. Schliesslich musste unter diesen Umständen, die äußerst ungünstig waren, die Nierenoperation zur Entfernung des Steines durchgeführt werden, um hier unter Umständen lebensbedrohliche Komplikationen zu vermeiden.

Berücksichtigt man die mit jeder Querschnittslähmung und den flächenhaften entzündlichen Druckgeschwüren verbundenen Belastungen des Kreislaufsystems, dann liegt die Erhöhung des Risikos derartiger, im allgemeinen sehr gut tolerierter operativer Eingriffe auf der Hand. Wenn auch Zwischenfälle, wie ein intraoperativ einsetzender Herzstillstand, auch bei nicht in dieser Weise vorgeschädigten Patienten eintreten können, so spricht im vorliegenden Fall jedoch alles dafür, dass der Tod schliesslich als mittelbare Folge der durch den Beschuldigten verursachten toxischen Rückenmarksschädigung eingetreten ist.

Zur Frage eines möglichen ärztlichen Kunstfehlers ist auszuführen, dass verschiedene Injektionstechniken bei Paravertebralinjektionen beschrieben werden. Bei jeder dieser Methoden besteht bei falschem Eingehen die Gefahr, in den Zwischenwirbelkanal zu geraten und den Spinalraum anzustechen. Deshalb besteht eine weitere obligate Sicherungsmaßnahme darin, durch Ansaugen von Blut oder Rückenmarksflüssigkeit Klarheit über die Lage der Kanüle zu erhalten. Wird zum Beispiel Liquor aspiriert, so befindet sich die Kanülenspitze bereits im Spinalraum. In diesem Fall ist eine Injektion des Lokal-Anaesthetikums unter allen Umständen zu unterlassen.

Geht man von der Bemerkung des Beschuldigten aus, dass er in atypischer Seitenlage injiziert hat, so muss daraus geschlossen werden, dass ihm die Injektionstechniken in dieser Lage nicht hinreichend vertraut waren. Aus der Literatur ergibt sich nämlich, dass eine derartige Position durchaus empfohlen wird und demnach keineswegs als atypisch angesehen werden kann. Da es ohne jeden Zweifel zu einer Verletzung der Rückenmarkshöhlen gekommen ist und eine derartige Verletzung ohne fehlerhaftes Eindringen der Kanüle in den Zwischenwirbelkanal nicht möglich ist, muss die Richtung des Nadeleinstiches falsch gewesen sein.

Wie der Beschuldigte angegeben hat, setzte sich die Injektionslösung aus 15 ml einprozentigem Novocain ohne Suprarenin plus 3 ml Novalgin (50%ig) zusammen. In Standardwerken, in denen die Technik und Medikation bei Paravertebral-Anaesthesien beziehungsweise Sympathikusblockaden dargestellt wird, wird Novalgin überhaupt nicht erwähnt. Vielmehr kommen für die genannten Anaesthesieverfahren lediglich die übrigen Lokalanaesthetika in Frage wie zum Beispiel Novocain. Ferner wird auch ausdrücklich vermerkt, dass die gewollt oder ungewollt intraspinale Injektion von Novalgin bei Paravertebral-Anaesthesie stets als fehlerhaft anzusehen ist, da bereits bei Applikation geringer Mengen an zentral- und periphernervösen Geweben irreversible Schäden hervorgerufen werden. Die Anwendung von Novalgin bei Durchführung einer Paravertebral-Anaesthesie ist als kontraindiziert anzusehen.

Es soll nicht angezweifelt werden, dass sich der Beschuldigte bemühte, die schmerzhaften Leiden der Patientin zu lindern. Das ändert aber nichts daran, dass es nach einer von ihm gesetzten Therapieschädigung zu einem tragischen Verlauf gekommen ist, dessen Kausalzusammenhang unter strafrechtlichen Gesichtspunkten bejaht werden muss.

Verfahrensausgang:

Am 12. März 1974 wurde gegen den Beschuldigten ein Strafbefehl

wegen eines Vergehens der fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB mit einer Geldstrafe in Höhe von DM 4.000,-- erlassen.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.13. (L 62/70)

Patientin: 22 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Arzt: Ärzte der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in einer Stadt von 19.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Vater der Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch Durchführung einer überflüssigen Operation und Narkosefehler.

Anamnese und Verlauf:
Die 22jährige Patientin war am 13.4.1970 vom Hausarzt wegen Blinddarm-Beschwerden in das Kreiskrankenhaus ... eingeliefert worden.

Die am 14.4.1970 durchgeführte Appendektomie verlief ohne Komplikationen, ein Meckel'sches Divertikel lag nicht vor. In den ersten zwei Tagen normaler postoperativer Verlauf, die Darmperistaltik kam regelrecht in Gang. Am dritten postoperativen Tag Einsetzen einer verfrühten Periodenblutung und krampfhafte Beschwerden im Unterbauch. Am 18.4.1970 morgens plötzlicher Temperaturanstieg, Blutdruckabfall; nach den Laborwerten konnte eine Nachblutung in die Bauchhöhle nicht ausgeschlossen werden. Daraufhin Entschluß der Relaparotomie. Es wurden weder eine Blutung in die Bauchhöhle noch eine Entzündung des Bauchfells festgestellt, dagegen fand sich eine Entzündung der Bauchdecken im Operationsgebiet. Die Patientin kam mit gutem, jedoch tachycardem Puls vom Operationstisch. Nach zwei Stunden plötzlicher Kreislaufzusammenbruch, der Blutdruck war nicht mehr meßbar, die Patientin jedoch noch auf Zuruf ansprechbar. Trotz Gabe von Kreislaufmitteln wurde die Atmung flacher, so dass die Patientin künstlich beatmet werden musste. Gegen 16.00 Uhr kam es zum Herzstillstand, der trotz aller Maßnahmen nicht mehr behoben werden konnte.

Sektionsbefund: (Exhumierung)
Deutlich ausgeprägter Fäulniszustand der inneren Organe; teigige Schwellung des Gehirns, hochgradiges Lungenödem sowie erhebliche Ansammlungen von Flüssigkeit in den Brusthöhlen.

Zustand nach Entfernung des Wurmfortsatzes, im Bereich des Operationsgebietes, insbesondere im Bereich der Bauchhöhle wurden keine entzündlichen Veränderungen festgestellt, lediglich eine Eiteransammlung im Bereich der Operationswunde.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Nachdem bereits bei der Obduktion keine pathologischen Veränderungen zu erkennen waren, die einen Tod der Patientin als Folge der Appendektomie vermuten liessen, erbrachte auch die feingewebliche Aufarbeitung keine massiven entzündlichen Veränderungen, Blutungen oder Tumoren.

Die eigentliche Todesursache war weder durch die bei der Obduktion erhobenen Befunde, noch durch die weiterhin durchgeführten feingeweblichen Untersuchungen zu klären. Demgegenüber haben die sehr umfangreichen chemisch-toxikologischen Untersuchungen ergeben, dass die Patientin zur Zeit des Todes unter massiver Einwirkung von Medikamenten gestanden hat. Dabei ist zu betonen, dass das als Narkosemittel verwendete Trapanal nur noch in Spuren nachweisbar war. Ein derartiger Befund war bei kunstgerecht ausgeführter Narkose auch zu erwarten.

Daneben fanden sich aber erhebliche Mengen an Medikamenten, für die sich in der Krankengeschichte keine entsprechenden ärztlichen Verordnungen finden. Es handelte sich hierbei um Pyrazolone und Allobarbital. Beide Substanzen sind enthalten in einer sehr großen Reihe der üblichen Schmerzpräparate. Die maximale Tagesdosis beträgt bei Allobarbital je nach Präparat zwischen 30 mg und 200 mg. Die allein in den Körpergeweben vorgefundene Menge dieser Substanz von 1400 mg entspricht also einem Vielfachen dieser Dosierung und liegt ein-

deutig im toxischen Bereich. Bei der chemisch-toxikologischen Analyse wurde auch Alkohol in Blut und Mageninhalt festgestellt. Es fanden sich im Blut o,33 %o, im Mageninhalt 1,6 %o Aethylalkohol.

Die erhobenen chemisch-toxikologischen Befunde lassen also darauf schliessen, dass offenbar ein erheblicher Medikamentenabusus, möglicherweise in Verbindung mit Alkoholgenuß, vorgelegen hat. Hierbei wird man auch das auffällige Verhalten der Patientin: Abmagerungskur, demonstrativ anmutende Beschwerden etc. zu berücksichtigen haben. Es dürfte ferner zu klären sein, auf welche Weise sie an diese Medikamente gelangen konnte, und ob nicht überhaupt eine suchtähnliche Abhängigkeit bestanden hat. Jedenfalls erklären die festgestellten Mengen der genannten Medikamente die Kollapsneigung und das schlechte Befinden der Patientin, als dessen Ursache eine Nachblutung oder eine andere wesentliche Komplikation der am 14.4.1970 erfolgten und kunstgerecht durchgeführten Appendektomie angenommen worden war.

Unter den bestehenden Umständen, - Kreislaufkollaps, subjektive Angaben der Patientin -, war zweifellos ärztlicherseits eine Relaparotomie zur Vornahme einer Revision erforderlich, da an eine Nachblutung gedacht werden musste. Dabei wurde eine Entzündung im Bereich der Bauchdeckenetagen festgestellt, die aber nur von unwertbarer Bedeutung war. Im Operationsgebiet lagen einwandfreie Verhältnisse vor. Die Narkose wurde ebenfalls unter Stützung des Kreislaufs regelrecht durchgeführt. Nach den chemisch-toxikologischen Untersuchungen hat auch keine Überdosierung des Narkosemittels Trapanal vorgelegen. Indikation, Vornahme des operativen Eingriffes und Durchführung der Narkose haben insgesamt keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines ärztlichen Kunstfehlers ergeben.

Verfahrensausgang:
Am 26. Februar 1971 wurde in der Anzeigensache wegen fahrlässiger Tötung das Verfahren eingestellt.

Gründe:

Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.14. (L 125/70)

Patient: 50 Jahre, Maurer.

Arzt: Ärzte der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in einer Stadt von 26.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Am Mittag des 11.8.1970 erlitt der 50jährige Arbeiter in ... durch eigenes Verschulden einen Unfall, als er in einem Rohrleitungsgraben von einer Leiter stürzte und mit dem Hinterkopf gegen ein Betonrohr prallte. Obwohl er selbst keine Beschwerden verspürte, wurde er von Arbeitskollegen in das Kreiskrankenhaus ... gebracht und dort auch untersucht, wobei Röntgen-Aufnahmen vom Schädel gemacht wurden. Nach der Untersuchung wurde der Patient in die Behandlung des Hausarztes nach Hause entlassen. Am Morgen des 13.8.1970 wurde er tot in seiner Wohnung aufgefunden.

Sektionsbefund:
Erbsgroße Rißquetschwunde in einem zehnpfennigstückgroßen geschürften Bezirk daumenbreit über dem linken Hinterhauptshöcker. Daumengroße, wenige millimeterdicke Blutunterlaufung in den lockeren Schichten der Kopfschwarte zwischen den Stirnhöckern. Gleichartige, gut kinderhandtellergroße Blutunterlaufung mit Quetschung der lockeren Schichten im Hinterhauptsbereich. Gut fingernagelgroßes Ringbruchzentrum im linken Schenkel der Lambdanaht mit Sprungausläufern zum Gipfel in Richtung Pfeilnaht und nach vorn zur Schläfenbeinschuppe bis zur Basis der Felsenbeinpyramide sowie in die Tiefe der hinteren Schädelgrube.

Sichelförmige Blutung zwischen die Hirnhäute im rechten Stirn- und Scheitelbereich bis zu 1 cm dick und von 11 cm großer

Spannweite. Verdrängung der rechten Großhirnhalbkugel nach links über die Pfeilnaht. Zerrung einer Brückenvene dicht neben der Mantelkante des rechten Stirnlappens über dem Stirnpol. Gewicht der Blutung 70 Gramm. Leichter Vorfall der rechten Seepferdchenwindung, deutlicher Druckkonus am Kleinhirn. Umschriebene Prellungsherde am Pol des rechten Schläfenlappens.

Gerichtsmedizinisches Gutachten
zu der Frage, ob den Ärzten im Kreiskrankenhaus ... ein strafrechtlicher Vorwurf daraus gemacht werden könne, daß sie den verletzten Arbeiter nach ambulanter Behandlung entlassen hatten.

Der 50 Jahre alte Bauarbeiter schlug bei einem Unfall am 11.8.1970 gegen 14.30 Uhr mit dem Hinterkopf gegen ein Betonrohr, stand allein wieder auf und wurde von Arbeitskollegen zur ärztlichen Behandlung ins Kreiskrankenhaus ... gebracht. Dort wurde die Wunde versorgt, der Schädel geröntgt und der Patient mangels auffälliger Befunde in hausärztliche Behandlung entlassen. Am 12.8.1970 sei er gesundheitlich nicht auf dem Damm gewesen und am 13.8.1970 gegen 09.20 Uhr tot in seiner Wohnung aufgefunden worden. Sonach liegen zwischen Unfallereignis und Auffinden rund 43 Stunden.

Todesursache war eine massive Blutung zwischen die Hirnhäute, die die Folge einer heftigen stumpfen Gewalteinwirkung gewesen war. Die Gewalt hatte an der linken Hinterkopfseite angesetzt und dort zu einem Schädelbruch geführt. Der Tod war letzten Endes durch Hirndruck als Folge der subduralen Blutung eingetreten.

Nach dem Unfallhergang und der Kopfschwartenwunde war die Möglichkeit einer solchen Blutung ärztlicherseits in die Betrachtungen miteinzubeziehen. Dies mag auch der Grund sein, warum die behandelnden Ärzte Röntgenaufnahmen vom Kopf anfertigen liessen. Beide Aufnahmen zeugen von keiner übermässigen guten Technik; sie lassen den in Wahrheit vorhandenen

Bruch des Schädels nicht erkennen. Es kommt aber selbst bei ausgezeichneter Röntgentechnik immer wieder vor, dass ein tatsächlich vorhandener Schädelbruch auf dem Röntgenbild nicht erscheint.

Aus dem Ermittlungsbericht ergibt sich, dass der Patient nach dem Unfall keine erkennbaren Zeichen einer Gehirnerschütterung geboten hat; er soll nur kurzdauernd etwas benommen gewesen sein. Aus diesen Gründen wird auch nicht an dem ärztlichen Untersuchungsbefund zu zweifeln sein, der ausdrücklich keine Bewußtlosigkeit, kein Erbrechen und keinen Schwindel erwähnt. Diese Befunde sind, wie schon erwähnt, auch mit dem Befund der bei der Leichenöffnung erhoben wurde, vereinbar. Unter diesen Umständen wird man den behandelnden Ärzten auch nicht mit der für die strafrechtliche Beurteilung erforderlichen Sicherheit den Vorwurf machen können, sie hätten bei der Behandlung gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Verfahrens wegen fahrlässiger Tötung am 18. Februar 1971 gemäß § 170/II StPO.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.15. (G 187/70)

Patientin: 10 Jahre.

Arzt: Oberarzt und Assistenzärzte der Chirurgischen Universitätsklinik in einer Stadt von 55.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Eltern des Kindes.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Die 10 Jahre alte Patientin habe nach Angaben der Mutter seit etwa einem halben Jahr vor dem Tode immer wieder kurzfristig über Blinddarmschmerzen geklagt. Am 16.10.1970 wiederum Blinddarmschmerzen; am 19.10.1970 Untersuchung durch den Hausarzt und Einweisung in die Chirurgische Universitätsklinik ... Dort zunächst abwartende Haltung. Am 20.10.1970 Appendektomie (akute phlegmonöse Appendicitis, retrocoecal verlagert und verwachsen). Dieser Befund wurde durch die feingeweblichen Untersuchungen bestätigt. Es bestand eine lokale eitrige Peritonitis.

Bereits bei der Aufnahme wie auch postoperativ erhöhte Temperaturen bis 39° C. Wegen entzündlicher Veränderungen der Rachenschleimhaut und vergrößerter Halslymphknoten am 22.10.1970 warme Halswickel und Pyramidon-Zäpfchen. Da der Bauchbefund unbedenklich schien, wurde das Kind nach der ärztlichen Visite am Vormittag des 24.10.1970 nach Hause entlassen. Zwischen Operation und Entlassung lagen lediglich vier Tage.

Nach Angaben der Mutter habe die kleine Patientin bereits bei der Entlassung kurz und röchelnd geatmet, unter kalten Schweißausbrüchen gelitten und blaue Lippen aufgewiesen. Sie habe weder gehen noch stehen können, habe über Durst geklagt und die genossenen Getränke alsbald wieder erbrochen.

Da sich der Zustand zu Hause nicht gebessert hätte, veranlasste der Hausarzt die Wiedereinweisung in die Klinik. In der Ambulanz habe man nach Angabe der Mutter lange auf einen Arzt warten müssen, auch dann habe es noch einige Zeit gedauert, bis das totkranke Kind nach dem Röntgen auf die Station gebracht wurde.

Bei der Relaparotomie fand sich eine eitrige Peritonitis mit Darmlähmung. Nach Reinigen der Bauchhöhle wurde ein Ileostoma angelegt. Trotz aller ärztlichen Maßnahmen trat der Tod am 25.10.1970 gegen 08.35 Uhr ein.

Sektionsbefund:
Dünndarmschlingen untereinander und mit dem Dickdarm sowie dem Omentum majus verklebt. Dünne grauweisliche, nicht abziehbare fibrinöse Beläge auf dem parietalen und visceralen Peritoneum. Die laterale Wand des Coecum durch Nähte an die seitliche Bauchwand fixiert. Zustand nach Appendektomie mit unauffälligen Wundverhältnissen an der Abtragungsstelle der Appendix. Keine Dehiszenz am Appendixstumpf. Die Tabaksbeutelnaht nur teilweise mit Serosa bedeckt. Ferner fand sich eine fortgeschrittene Entzündung der oberen Luftwege und eine herdförmige Lungenentzündung.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
1. Wurde ein Fehler bei der am 20.10.1970 durchgeführten Operation gemacht?
2. Woran lag es, dass das Kind nach der Operation hohes Fieber bekam?
3. Hätte der behandelnde Arzt bei einer entsprechenden Untersuchung merken müssen, dass das Kind Fieber hat, auch wenn das Kind das Fieberthermometer nicht richtig einführt?
4. Hätte der Arzt bei der Untersuchung feststellen können, dass eine starke Vereiterung des Bauches vorlag und dass eine Lungenentzündung eingetreten war?
5. Wie konnte es zu der Vereiterung und der Lungenentzündung kommen?
6. Durfte der Arzt das offensichtlich schwerkranke Kind ohne

weiteres aus der Klinik entlassen?
7. Hat die vorzeitige Entlassung zum Tod des Kindes geführt und hätte eine entsprechende Untersuchung vor der Entlassung den Tod des Kindes verhindern können?

Trotz aller Bedenken wird sich nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beweisen lassen, dass das Mädchen nicht gestorben wäre, wenn es am Morgen des 24.10.1970 nicht nach Hause entlassen worden wäre. Die Berichte der behandelnden Ärzte und der Krankenschwestern sprechen eine andere Sprache als die Angaben der Eltern. Die Röntgen-Aufnahme der Lunge lässt in der Tat keine eindeutige Lungenentzündung erkennen. Da diese Aufnahme erst am Abend des 24.10.1970 gefertigt wurde, brauchen an den Vortagen auch keine fassbaren Geräusche beim Abklopfen oder Abhören des Brustkorbes wahrnehmbar gewesen zu sein. Eine Lungenentzündung ist nach dem Sektionsbefund wahrscheinlich. Auch im Falle einer durch Grippe verursachten Lungenentzündung, die neben der Bauchfellentzündung abgelaufen sein kann, wird sich nicht sicher entscheiden lassen, welche der beiden Infektionen den Tod herbeigeführt hat. Fest steht jedenfalls, dass durch die Bauchfellentzündung ein erheblicher Eiweiß- und Elektrolytverlust entsteht, der seinerseits zu einer schweren Kreislaufschwäche führte und auf diesem Wege die Widerstandskraft gegenüber einer Grippeinfektion ungemein stark schmälerte.Die chronische Blinddarmentzündung der 10 Jahre alten Patientin war offensichtlich seit der Operation am 20.10.1970 mit einem tragischen Geschick verknüpft. Auch wenn das Mädchen länger als vier Tage nach der Operation in stationärer Behandlung verblieben wäre, hätte bei der Launenhaftigkeit dieser Bauchfellentzündung trotz geeigneter ärztlicher Maßnahmen der Tod eintreten können.

Verfahrensausgang:
Am 8. März 1971 wird das Verfahren eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.16. (L 162/71)

Patient: 57 Jahre, verheiratet, Maurer.

Arzt: 57 Jahre, verheiratet, Facharzt für Chirurgie, Oberarzt in einer Stadt von 6.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Sohn des Verstorbenen.

Vorwurf: Bei der Operation sei nicht alles kunstgerecht verlaufen.

Anamnese und Verlauf:
Der Patient wurde vor acht Jahren an Mastdarmkrebs operiert und befand sich öfters in stationärer Behandlung wegen Bauchschmerzen. In letzter Zeit öfters Auftreten kolikartiger Schmerzen im rechten Unterbauch, dabei Abgang kleiner Nierensteine. Am 18.8.1971 Schmerzen im rechten Unterbauch, die sich am Morgen des 19.8.1971 auf den gesamten Bauch ausdehnten. Daher Einlieferung ins Krankenhaus ... und nach Diagnoseklärung Überweisung ins Kreiskrankenhaus ... Ab 23.8.1971 war der Patient praktisch beschwerdefrei. Am 26.8.1971 wurde gegen 16.30 Uhr ein Dickdarmkontrasteinlauf versucht. Nachdem der Pfleger das Darmrohr nur ein kurzes Stück durch den künstlichen After einführen konnte, übernahm der Oberarzt das weitere Einführen des Darmrohres. Beim Einführen des Kontrastmittels schreit der Patient plötzlich auf und klagt über heftige Schmerzen, bekommt einen starken Schweißausbruch. Das Kontrastmittel fliesst unter Bildschirmkontrolle gänzlich ein. Es zeigt sich dabei keine regelrechte Darmkontur. Bei den angefertigten Röntgen-Aufnahmen zeigt sich, dass das Kontrastmittel in der freien Bauchhöhle bis unter die Zwerchfellkuppe emporgestiegen ist. Sofortige Schockbekämpfung durch Rheomacrodex und Operationsvorbereitung. Die Blutdruckkontrolle vor Anlegen der Rheomacrodexlösung ergibt durch den Schmerzreiz einen erhöhten Wert von 210/100 mmHg. Operationsbeginn gegen 18.15 Uhr. Transrektalschnitt im linken Oberbauch in Höhe des Anus praeters und Eröffnung des

Peritoneums, es entleert sich sofort reichlich Kontrastmittel, welches abgesaugt wird. Dann wird der Dickdarm inspiziert und festgestellt, dass er in einer S-Form, zuerst nach der Tiefe, sodann in einer kurzen Schlinge nach caudal und wieder nach cranial führt, dann normal weiterverläuft. Die artefizielle Perforationsstelle befindet sich etwa 5 bis 8 cm vor der caudalführenden Schlinge in Größe des Darmrohres. Sie wird mit Chromcatgutnähten und Serosanähten geschlossen. Sodann wird das Darmrohr eingeführt, wobei es sich zeigt, dass das Rohr an die Übernähungsstelle, die in der Hand gehalten wird, anstösst und nicht in die caudalführende Schlinge abweichen kann, womit die Begründung der Perforation geklärt und zu sehen ist. Der Darm wird gespült, wobei bei genauester Beobachtung keine weitere Perforation oder ein Durchdringen aus dem Darm festgestellt werden kann. Nach reichlicher Spülung mit Kochsalzlösung wird die Bauchhöhle ausgetupft, ein Drainagerohr eingelegt und die Wunde schichtweise geschlossen. Der Patient war nach der Operation gegen 19.00 Uhr wieder bewußtseinsklar, klagte aber weiter über heftige Schmerzen im gesamten Bauch. Am 27.8.1971 bestand ein Pulsdefizit, mittags wurde in die Bauchhöhle durch den Schlauch nochmals Colistin instilliert. Nachmittags kommt es zu einem Blutdruckabfall, die Bauchdecken sind mässig gespannt, axillare Temperatur 37,6° C. Patient ist sehr unruhig, feuchtschweißig, zum Teil somnolent. In den frühen Morgenstunden des 28.8.1971 weiterer Blutdruckabfall auf Werte von 90/80 mmHg, dabei Pulsanstieg auf 160 Schläge in der Minute. Todeseintritt infolge irreversiblen Kreislaufversagens bei Peritonealkollaps um 05.45 Uhr.

Sektionsbefund:

Zustand nach alter Rektumampuation und Anlage eines Anus praeters an der linken Unterbauchseite. Verwachsungen im Bereich des Querdarmes und des großen Netzes im linken Unterbauchbereich. Zustand nach frischer operativer Versorgung eines Darmdurchbruches etwa 6 cm vom Anus praeter entfernt. Reichlicher Kontrastbreigehalt in den natürlichen Nischen der Bauchhöhle, insbesondere hinter Leber und Milz.

Fortschreitende fibrinöse Bauchfellentzündung mit beginnender Darmlähmung. Zustand nach Drainage der Bauchhöhle. Unvollständiger Verschluß der Operationswunde (klaffende Bauchfelldefekte ohne erkennbare Nähte).

Gerichtsmedizinisches Gutachten (I):
Bei der gerichtlichen Leichenöffnung, die erst 10 Tage nach dem Eintritt des Todes erfolgen konnte, wurden die Zeichen einer voranschreitenden Bauchfellentzündung infolge großer Massen von Kontrastbrei, der sich zwischen den Darmschlingen und in den natürlichen Nischen der Bauchhöhle ausgebreitet hatte, und die Zeichen eines akuten Herz- und Kreislaufversagens festgestellt. Die durch das Darmrohr verursachte Perforationslücke war fest vernäht, sie befand sich etwa 6 cm hinter dem künstlichen After. Die nachträgliche feingewebliche Untersuchung ergab, dass die Darmwand in der Umgebung der Lücke ungemein stark entzündet war. An weiteren Befunden wurde bei der Sektion eine mässige Überfunktion der Schilddrüse, ein Lungenemphysem, Zeichen eines Altersherzen, eine Fettzirrhose der Leber, sowie eine Arteriosklerose der Nieren festgestellt.

Alle diese Befunde sind nicht geeignet, das zum Tode führende Kreislauf- und Herzversagen zu erklären. Dieses war einzig und allein die Folge der Kontrastbreiwirkung in der Bauchhöhle. Nach chirurgischer Erfahrung lässt sich Kontrastbrei niemals vollständig aus der Bauchhöhle entfernen, wenn er durch Umstände wie hier in die Bauchhöhle gelangt ist. Ein derartiges Ereignis führt stets den Tod herbei. Deshalb kann auch im vorliegenden Falle gesagt werden, dass der Patient an den Folgen des mißlungenen Kontrasteinlaufes gestorben ist.

Die Frage ist nun, ob den Beschuldigten ein Vorwurf trifft. Grundsätzlich ist dazu auszuführen, dass ein Kontrastbreieinlauf durch einen künstlichen After nicht gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst verstösst. Allerdings sind die Meinungen geteilt, ob in einem solchen Fall ein Darmrohr verwendet werden darf. Selbst hier halten erfahrene

Chirurgen die Verwendung eines solchen Darmrohres für statthaft, wenn die erforderliche Sorgfalt angewandt wird.

Ärztliche Regel ist indes, dass bei Benutzung eines Darmrohres sofort der Einführungsversuch abgebrochen werden muss, sobald der Arzt, was infolge von Verwachsungen meist sehr schnell der Fall ist, mit dem Darmrohr auf Widerstand stösst. Insofern hätte der Beschuldigte durch die vergeblichen Versuche des Pflegers bei seinem eigenen Versuch, das Darmrohr einzuführen, gewarnt sein müssen. Abschliessend ist daher festzustellen, dass der Beschuldigte bei der Behandlung des Patienten nicht die erforderliche Sorgfalt hat walten lassen.

Stellungnahme des Beschuldigten zum gerichtsmedizinischen Gutachten.

"Ich verwahre mich dagegen, wenn in dem gerichtsmedizinischen Gutachten erwähnt ist, dass der durchgeführte Einlauf mittels Darmrohr unter den gegebenen Umständen nicht den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst entspreche. Wie bereits Herr Professor ... zuvor richtig erwähnt, ist die Verwendung eines Darmrohres statthaft. Ich habe bereits betont, dass ich auch in diesem Fall das Darmrohr ganz besonders vorsichtig eingeführt habe. Insbesondere auch deshalb, weil das Darmrohr in einen künstlichen After eingeführt werden musste."

Ferner führt der Beschuldigte an, dass die Aussage des Pflegers, der zuerst den Einführungsversuch unternommen hat, nicht richtig gewürdigt worden sei. Es habe sich nicht um mehrfache vergebliche Einführungsversuche gehandelt.

Gerichtsmedizinisches Gutachten (II)

zu der Frage, ob sich nach Darstellung des Beschuldigten und der weiteren Sachverhaltsschilderung des Zeugen (Pfleger) der gegen den Beschuldigten erhobene Vorwurf eines Kunstfehlers aufrechterhalten lässt.

Aus dem Ermittlungsbericht ergibt sich, dass der Beschuldigte sich am Morgen des Todestages bei der Kriminalpolizei

selbst anzeigen wollte, den Sachverhalt schilderte und die Auffassung vertrat, ein nicht natürlicher Tod liege nicht vor. Der Eingriff sei nach bester ärztlicher Kunst durchgeführt worden.

Der Beschuldigte führt nun aus, er habe auch in diesem Fall ganz besonders vorsichtig das Darmrohr eingeführt, insbesondere auch deshalb, weil das Darmrohr in einen künstlichen After eingeführt werden musste. Einen Widerstand habe er deshalb nicht verspürt und auch nicht spüren können, weil die Darmwand nicht normal dick und elastisch war. Dieser Auffassung kann nicht beigepflichtet werden, denn sowohl bei der Leichenöffnung, als auch bei der feingeweblichen Untersuchung erwies sich, abgesehen von den operativen Veränderungen, die Darmwand durchaus als regelrecht, sie war von normaler Dicke. Wenn also schon der Pfleger als Neuling gefühlsmässig Schwierigkeiten beim Einführen des Darmrohres spürte, dann hätte dies ein erfahrener Chirurg schon längst spüren müssen.

Es wird also eine reine Frage der Beweiswürdigung sein, ob man sich den Darstellungen des Beschuldigten anschliesst, um den Vorfall zu beurteilen. Sollte dies der Fall sein, so wäre möglicherweise die erforderliche Sorgfalt nicht verletzt worden. Dagegen sprechen allerdings nach wie vor aus gerichtsärztlicher Sicht die besonderen anantomischen Verhältnisse, die, wie von dem Beschuldigten geschildert, ein müheloses Einführen des Darmrohres nicht bestätigen.

Fachchirurgisches Gutachten (I):
Der Beschuldigte hat eine Röntgenkontrastfüllung des Dickdarmes vorgenommen, wobei es zu Durchstoßung der Dickdarmwand mit Eintritt von Röntgenkontrastmittel (Bariumsulfatbrei) in die freie Bauchhöhle und infolge davon trotz Operation zum Tod des Patienten kam.

Die von dem Beschuldigten angewandte Technik und seine Anzeigestellung zu den einzelnen Maßnahmen entsprechen den Regeln, die für die üblichen einfachen Verhältnisse Geltung haben.

Während die Anzeigestellung in allen Fällen als richtig anerkannt werden kann, lässt sich das von der Technik, die der Beschuldigte anwandte, nicht sagen, denn er zeigte sich den besonders schwierigen Verhältnissen des vorliegenden Falles nicht gewachsen und wich, wie es zur Vermeidung von Komplikationen erforderlich gewesen wäre, nicht von der Routinetechnik ab, in dem er an Stelle eines großen Eingriffes mit Revision der gesamten Bauchhöhle, nur von dem üblichen kleinen Bauchschnitt aus operierte.

Erkenntnisse über Dickdarmperforationen beim Einführen von Darmrohren konnten erst in letzter Zeit in großen Kliniken, in denen davon betroffene Patienten zusammen kommen, gesammelt werden. In der Literatur findet sich dazu sehr wenig. In früheren Zeiten, als es üblich war, beim sogenannten hohen Einlauf, Gummidarmrohre weit in den Dickdarm einzuschieben, ereigneten sich praktisch niemals derartige Zwischenfälle. Auch bei Dickdarmfüllungen durch Colostomien kam es im allgemeinen nicht zu Zwischenfällen. Es ist somit durchaus möglich, dass dem Beschuldigten derartige Geschehnisse und deren schwerwiegende Folgen völlig unbekannt waren, woraus sich ergibt, dass sowohl die Dickdarmperforation als auch der nachfolgende Tod des Patienten für den Beschuldigten, obwohl er ein langjähriger erfahrener Chirurg, allerdings in einem kleinen Krankenhaus, ist, nicht voraussehbar waren.

Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst kann in den zur Beurteilung stehenden Handlungen nicht gesehen werden; auch ist es, wenigstens aus chirurgischer Sicht, nicht möglich, ihm den Vorwurf mangelnder Sorgfalt zu machen. Er hatte in einer außergewöhnlichen Situation, zu deren Beherrschung ihm die erforderliche Erfahrung fehlte, in der Annahme, es richtig zu tun, Fehler gemacht. Dass diese in einer unglücklichen Verkettung zum Tode führen mussten, war für ihn nicht voraussehbar.

Fachchirurgisches Gutachten (II):

Es muss festgestellt werden, dass die Indikation zum Colon-

Kontrast-Einlauf ohne Zweifel gegeben war, dass die Planung der Untersuchung durch den Beschuldigten dafür spricht, dass er sich der Problematik der Untersuchung durchaus bewußt war und dass ihr Ablauf bis zum Beginn des Kontrastmitteleinlaufs keinen Grund bietet, dem Beschuldigten mangelnde Sorgfalt oder nicht ausreichende Kenntnis der Komplikationsmöglichkeiten vorzuwerfen.

Es kann auch nicht kritisiert werden, dass es zur Darmperforation kam, zumal nicht absolut sicher nachgewiesen werden konnte, ob sie von dem Beschuldigten oder vom Pfleger gesetzt wurde.

Kritikwürdig ist nur, dass die Komplikation trotz idealer Bedingungen (Durchleuchtungsmöglichkeiten) nicht rechtzeitig bemerkt wurde. Der chirurgische Gutachter kam nicht umhin, hier eine ärztliche Fehlleistung anzunehmen, wobei er sich außerstande sieht, zu entscheiden, ob sie aus Mangel an Sorgfalt zustande kam, oder aus Mangel an Routine bei derartigen Untersuchungen.

Zur Entlastung des Beschuldigten erscheint es erwähnenswert, dass das Gros derartiger Untersuchungen heute nicht mehr von Chirurgen, sondern von Fachärzten für Röntgendiagnostik durchgeführt wird und dass es dem Untersucher daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an der notwendigen Routine gefehlt hat. Alle nachfolgenden chirurgischen Entscheidungen und Maßnahmen sind als korrekt zu beurteilen.

Verfahrensausgang:
Am 27. März 1973 erging gegen den Beschuldigten ein Strafbefehl mit einer Geldstrafe in Höhe von 4.500,-- DM wegen fahrlässiger Tötung.

Gründe:
Der Beschuldigte habe in Kenntnis der vorliegenden besonderen anatomischen Umstände und der Einführungsschwierigkeiten des Pflegers das Darmrohr genommen und dieses unter

Verletzung der anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst, ohne die sich aufdringende digitale Untersuchung, in den künstlichen After gedrückt, wobei er, wie vorauszusehen war, den gewundenen Dickdarm etwa 6 cm hinter dem künstlichen After durchstiess.

Anschliessend liess er, obwohl der Patient bereits jetzt über Schmerzen klagte, ohne weitere Kontrolle den Kontrastbrei in das Darmrohr einlaufen, wobei der Patient jetzt unruhig wurde und schrie und laut über Brennen und Schmerzen im Bauch klagte, was den Beschuldigten jedoch nicht veranlasste, den Einlauf zu stoppen oder zu kontrollieren, weshalb es geschehen konnte, dass mehrere Liter des verwendeten Bariumbreis in die freie Bauchhöhle austraten, worauf bei dem Patienten sofort und notgedrungen eine Bauchoperation durchgeführt werden musste, wobei der Beschuldigte wiederum unter Verstoß gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst einen zu kleinen Eröffnungsschnitt des Bauches machte, so dass er keinen Überblick über die gesamte Bauchhöhle hatte und den giftigen Kontrastbrei nur zum Teil entfernen konnte, weshalb der Patient am 28.8.1971 letzten Endes an einem akuten Herz- und Kreislaufversagen sterben musste.

Vergehen der fahrlässigen Tötung nach § 222 StGB.

4.1.17. (L 164/71)

Patientin: 30 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Arzt: Ärzte der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in einer Stadt von 42.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Bei der Behandlung seitens der Ärzte sei nicht alles getan worden, man habe seiner Frau auch ein falsches Medikament oder eine falsche Spritze verabreicht.

Anamnese und Verlauf:
Am Abend des 7.9.1971 erfolgte die Einweisung ins Kreiskrankenhaus ... mit der Diagnose "Blinddarmentzündung". Eine dort zusätzliche zur Diagnoseklärung durchgeführte frauenärztliche Untersuchung führte zu dem Ergebnis, dass sich die rechten Adnexe als druckschmerzhaft erwiesen, wahrscheinlich aber doch eine Blinddarmentzündung vorliege.

Während der noch am Abend des 7.9.1971 durchgeführten Operation fand sich ein verwachsener Wurmfortsatz, der in typischer Weise entfernt wurde. Im weiteren schienen die unteren Dünndarmschlingen mässiggradig entzündet. Der Oberarzt der Abteilung, der die von einem Assistenzarzt begonnene Operation fortführte, fand am rechten Eierstock eine etwa hühnereigroße Zyste, aus der sich Blut entleerte. Die Zyste wurde vernäht und nach der üblichen Inspektion der Bauchhöhle die Operation durch Verschluß der Bauchdecken beendet.

Im weiteren Verlauf wurden noch am Operationstag insgesamt 1500 ml Blutersatzmittel und am 8.9.1971 2500 ml Blutersatzmittel sowie zwei Blutkonserven verabfolgt. Der Hämatokritwert war auf 24 % abgesunken. Daraus folgt, dass die Patientin eine große Blutmenge verloren haben musste, die vier Stunden nach der Operation bereits eine Intensivbehandlung

erforderlich machte. Auch am 9.9.1971 wurden Blutkonserven, insgesamt 750 ml, verabfolgt. Gleiches trifft auch für den 10.9.1971 zu.

Die zweite Operation am 10.9.1971 ergab eine Blutung in die freie Bauchhöhle; so sollen insgesamt 400 ml Blut abgesaugt worden sein. Im Bereich des rechten Eierstockes fanden sich Blutgerinnsel, so dass hier die Blutungsquelle anzunehmen war. Nach erneuter Übernähung des Wundgebietes wurde die Operation beendet.

Der postoperative Verlauf war am 10.9.1971 zunächst komplikationslos, die Blutdruckwerte lagen konstant um 100 mgHg, die Urinausscheidung war gut. Es bestanden subfebrile Temperaturen. Die Patientin gab klare Antworten, machte aber einen schwerkranken Eindruck. Daher am Vormittag erneute internistische Untersuchung, bei der perkutorisch ein Zwerchfellhochstand rechts auffiel. Röntgenologisch zeigte sich eine beginnende Lungenstauung. Kein Meteorismus.

Zum Ausschluß eines paranephritischen Abszesses erfolgt Punktion im Bereich des rechten Nierenlagers, wobei lediglich etwas Blut aspiriert wird. Weitere Verschlechterung des Krankheitsbildes in den Nachmittagsstunden mit erheblicher Unruhe, Somnolenz, flacher frequenter Atmung und Hypoglykämie. In den Nachtstunden wird die Patientin wegen zunehmender Somnolenz und Zunahme der Ateminsuffizienz intubiert und mit einem Respirator assistiert beatmet. Unter der Beatmung weitere Verschlechterung bis zum Morgen.

Am 11.9.1971 plötzlicher Thrombozytensturz auf 38 000. Übergang auf kontrollierte Respiratorbeatmung. Die Lungenaufnahme zeigt beide Lungen diffus wolkig, inhomogen verschattet, als Ausdruck eines schweren Lungenödems mit ausgedehnten alveolären Exsudaten.

Beginn einer Heparin-Therapie mit 1000 Einheiten Heparin stündlich. Am zweiten Beatmungstag klinisch keine Besserung,

der Lungenbefund unverändert, die Blutdruckwerte zeigten eine deutliche Verschlechterung. Daraufhin Tracheotomie und weitere kontrollierte Beatmung über das Tracheostoma. Weitere Bluttransfusionen, Ausgleich des Elektrolythaushaltes.

Am dritten Beatmungstag vorübergehende Besserung des Zustandes, jedoch Temperaturen bis 40° C. Klinisch besteht der Verdacht auf eine interkurrente Bronchopneumonie. In den Morgenstunden des vierten Beatmungstages plötzlich rapide Verschlechterung mit Blutdruckabfall, Tachycardie, zunehmendem Lungenödem und schwerer respiratorischer Insuffizienz.

Am Vormittag des 14.9.1971 gegen 10.00 Uhr unter zunehmender Toxämie irreversibler Herzstillstand.

Sektionsbefund:
Fortgeschrittene, alle Lappen beider Lungen ausfüllende Lungenentzündung bei hochgradiger Feuchtigkeitsdurchtränkung der Lungen. Entzündliche Schleimhautveränderungen in der Luftröhre. Zustand nach Luftröhrenschnitt.

Zustand nach zweimaliger Bauchoperation mit unauffälligen Operationswunden. Circa 600 ml blutige Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Flächenhafte Verwachsungen im Oberbauchbereich, Zustand nach alter Cholezystektomie. Zustand nach frischer operativer Entfernung des Wurmfortsatzes mit einwandfreien Wundverhältnissen. Zustand nach frischem operativem Eingriff am rechten Eierstock mit einwandfreien Wundverhältnissen. Das Bauchfell hier blutunterlaufen. Keine entzündlichen Bauchfellveränderungen.

Fortschreitende Leberentzündung mit gelbstichiger Verfärbung der Bindehäute und der Haut. Infektiöse Schwellung der Milz.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Da sich bei einer Befragung der behandelnden Ärzte keine Anhaltspunkte dafür ergaben, dass es während der zwei Opera-

tionen zu einem stärkeren Blutverlust gekommen war, erhebt sich die Frage, worauf dieser stark erniedrigte Hämatokritwert zurückzuführen ist. Vor der Operation wurde keine Bestimmung des Hämatokrit durchgeführt, deshalb ist kein Vergleich mit Ausgangswerten möglich.

Nach übereinstimmenden Aussagen hat die Narkoseärztin den Operateur bereits zu Beginn der Operation darauf aufmerksam gemacht, dass die Patientin auffallend blass sei. Diese Aussage lässt daran denken, dass bei der Verstorbenen bereits ein erniedrigter Hämatokrit zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme bestand. Da der Ehemann der Verstorbenen nicht erwähnte, dass seine Frau im Krankenhaus auffallend blass gewesen sei, muss man daran denken, dass die Patientin möglicherweise bereits seit längerer Zeit einen erniedrigten Hämatokrit aufgewiesen hatte, so dass ihm die Blässe seiner Frau nicht weiter bemerkenswert erschien. Des weiteren gab der Ehemann bei einer Befragung durch die behandelnden Ärzte an, seine Frau ermüde seit einem halben Jahr sehr leicht und fühle sich häufig schlapp. Hieraus kann gefolgert werden, dass bereits vor der Krankenhausaufnahme eine Störung der Blutbildung und somit der Zustand einer Blutarmut bestanden hatte. Eine Blutarmut bereits vor der Operation erhöht allerdings das Risiko der Operation. Es besteht die Gefahr, dass es zu einer Mangelversorgung der Organe mit Sauerstoff kommt, insbesondere auch im vorliegenden Fall mit Blutdruckschwankungen. So lässt sich der Schockzustand, der durch niedrigen Blutdruck und Restdurchblutung der wichtigsten Organsysteme, sogenannte Zentralisation des Kreislaufs, gekennzeichnet ist, erklären.

Im Rahmen der weiteren Vernehmung wurde nun den behandelnden Ärzten die Frage gestellt, ob sie auf Grund der Befunde an eine Leber- und Bauchspeicheldrüsen-Entzündung gedacht hätten. Nach Aussagen einzelner Beteiligter wurde eine solche Erkrankung zwar erwogen, doch hätten zu wenig Laborwerte darauf hingewiesen. Diese Aussagen lassen sich teilweise aus den Krankenunterlagen bestätigen. Retrospektiv kann hierzu gesagt

werden, dass möglicherweise bereits zu Beginn der Behandlung eine akute Leberentzündung im Entstehen war, oder eine chronische Leberentzündung aktiviert wurde. Eine chronische Entzündung der Leber und der Bauchspeicheldrüse wäre nach der 1963 durchgeführten Gallenblasenoperation denkbar. Durch den operativen Eingriff, insbesondere durch die bekannte Belastung der Leber durch das Narkosegas,kam es möglicherweise zu einem akuten Schub der Entzündung, der allerdings erst am Tag nach der zweiten Operation erkannt und dokumentiert wurde.

Nach den weiterführenden Ermittlungen wird man deshalb davon ausgehen können, dass zu Beginn der Behandlung eine Leber- und Bauchspeicheldrüsenentzündung nicht in die Überlegungen miteinbezogen zu werden brauchte, zumal die Unterbauchsymptomatik offenbar im Vordergrund stand und einen chirurgischen Eingriff rechtfertigte. Der erhöhte Transaminasewert könnte zunächst auch durch die Operation bedingt gewesen sein. Der erste Anstieg des Bilirubins führte zu einer Einbeziehung einer Leberentzündung in den Kreis der möglichen Diagnosen.

Die 30jährige Patientin starb am 14.9.1971 an einer Lungenentzündung in Verbindung mit einer Entzündung der Leber und der Bauchspeicheldrüse. Wahrscheinlich bestanden die Leber- und Bauchspeicheldrüsen-Entzündungen bereits zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme. Allerdings ergaben sich hierfür zunächst keine stichhaltigen Hinweise, so dass eine weitergehende Untersuchung nicht durchgeführt wurde.

Ein Schuldvorwurf gegenüber den behandelnden Ärzten lässt sich nach dieser Unterlassung nicht ableiten. Die Ursache für den niedrigen Hämatokrit als Ausdruck einer Blutarmut lässt sich retrospektiv nicht mehr klären. In Betracht kommen generell sowohl eine bereits vor der Krankenhausaufnahme bestehende Blutarmut, als auch ein durch eine Blutung während der Operation bedingter Blutverlust. Allerdings lässt sich auf Grund der Ermittlungen ein Blutverlust während der Operation nicht verifizieren.

Verfahrensausgang:

Am 1. August 1975 wurde in der Anzeigensache aus Anlaß des ungeklärten Todes der Verstorbenen das bereits am 30.10.1972 vorläufig eingestellte Ermittlungsverfahren endgültig eingestellt.

Gründe:

Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.18. (G 163/71)

Patient: 64 Jahre, verheiratet, Packmeister.

Arzt: Facharzt für Orthopädie, Durchgangsarzt in einer Stadt von 90.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehefrau des Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung wegen Nichtvornahme einer Tetanusimpfung.

Anamnese und Verlauf:
Patient zog sich am 28.9.1971 gegen 08.00 Uhr eine Quetschung des linken Mittelfingers an einer laufenden Maschine zu. Behandlung durch den beschuldigten Arzt durch Ausschneidung der Rißwunde und Naht. Eine aktive Tetanusimpfung wurde nicht durchgeführt; die Wunde war sauber und unverschmutzt. Am 7.10.1971 Einweisung des Patienten wegen Auftreten einer Frühtetanusinfektion in die Universitätsklinik ... Dort trotz Intensivtherapie Exitus letalis am 23.10.1971 gegen 01.00 Uhr.

Sektionsbefund:
Keine Sektion.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Fragestellung
1. War der Beschuldigte verpflichtet, eine aktive Tetanusimpfung vorzunehmen, das heisst, muss das Unterlassen dieser Impfung als ärztlicher Kunstfehler angesehen werden?

2. Wäre der festgestellte Wundstarrkrampf mit Sicherheit vermieden worden, wenn die Tetanusimpfung vorgenommen worden wäre, muss also das Unterlassen der Impfung als ursächlich für den Tod angesehen werden?

Die Auffassung über eine allgemeine Impfung gegen Tetanus (Aktiv-Immunisierung) ist durchaus geteilt. Während der überwiegende Teil der Kliniken grundsätzlich eine Prophylaxe gegen Tetanus bei jedem Verletzten verlangt, ist ein kleiner Teil der an Unfallkrankenhäusern tätigen Ärzte der Auffassung, dass eine gezielte Prophylaxe ausreichend ist. In diesen Fällen wird insbesonders bei stark verschmutzten und daher besonders tetanusgefährdeten Verletzungen eine Prophylaxe durchgeführt. Schliesslich haben eingehende Untersuchungen ergeben, dass die aktive Immunisierung nicht in jedem Fall die Entwicklung des Wundstarrkrampfes verhindern kann. Dieser Impfschutz ist daher nicht als absolut, sondern nur als relativ sicher anzusehen.

Im vorliegenden Fall stellte der behandelnde Arzt keine Verschmutzung der Wunde fest. Das Wundgebiet wurde kunstgerecht excidiert und versorgt. Da es sich um eine Maschinenverletzung handelte und nicht um eine Verletzung mit Berührung des Erdreichs, bestand an sich Grund zu der Annahme, dass die Entwicklung eines Tetanus sehr unwahrscheinlich und die Excision der Wundränder ausreichend war. Der Beschuldigte war also nicht verpflichtet, eine aktive Immunisierung vorzunehmen. In dem Unterlassen dieser Impfung ist kein ärztlicher Kunstfehler zu sehen. Der festgestellte Wundstarrkrampf wäre durch eine Tetanusimpfung nicht mit Sicherheit zu vermeiden gewesen. Die unterlassene Impfung ist also nicht als ursächlich für den tödlichen Geschehensablauf anzusehen.

Verfahrensausgang:
Mit Verfügung vom 23. Dezember 1971 der Staatsanwaltschaft wird der Anzeige keine Folge gegeben.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.19. (G 168/71)

Patient: 38 Jahre, verheiratet, Friseurmeister.

Arzt: 41 Jahre, verheiratet, Oberarzt, Neurochirurgie,
36 Jahre, Facharzt für Anaesthesie, Oberarzt,
beide in einem Krankenhaus in einer Stadt von
650.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehefrau des Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässiges Verhalten und Pflichtversäumnis
der Beschuldigten.

Anamnese und Verlauf:
Vor sieben Jahren Beschwerden im HWS-Bereich, am 1.3.1971 gegen 20.00 Uhr bei einer plötzlichen Bewegung schlagartige wahnsinnige Schmerzen im Bereich der rechten Körperseite und des Nackens. Dabei fast bewußtlos geworden. Zuziehung des Hausarztes, anschliessend Einweisung in das Krankenhaus ..., von dort aus Verlegung in die Orthopädische Klinik ... Am 2.3.1971 gegen 16.00 Uhr Einweisung in die Neurochirurgie ... Dort wurde ein typischer Brown-Séquard, rechtsseitig die Parese, linksseitig Hypästhesie mit dem Segment C 7 beginnend, festgestellt. Die Myelographie ergab einen totalen Stopp in Höhe von C6 bis C7. Daraufhin Durchführung einer Entlastungslaminektomie. Intraoperativ Herzstillstand. Die Reanimation blieb erfolglos.

Sektionsbefund:
Akuter Bandscheibenvorfall mit erheblicher Einengung des Spinalkanales bei C 6 bis C 7. Kräftige frische Blutungen innerhalb des Rückenmarkes in gleicher Höhe. Perifokales Ödem. Begonnene Laminektomie mit regelrechten Operationsverhältnissen. Akute Blutüberfüllung der parenchymatösen Organe, Hirnödem, kräftiges Lungenödem mit frischen Parenchymblutungen, akute Überblähung der Lungenränder, frische Schleimhauterosionen des Magens. Geringe Lipoidose

der Aorta und der Coronararterien, Rechtsversorgungstyp des Herzens, Leberverfettung, feinknotige Hyperplasie der Nebennierenrinde beidseits.

Verfahrensausgang:
Am 5. Oktober 1971 erfolgte in der Anzeigensache gegen die oben genannten Ärzte wegen fahrlässiger Tötung die Einstellung des Verfahrens gemäß § 170/II StPO.

Gründe:
Die durchgeführten Ermittlungen ergeben keine Anhaltspunkte für ein schuldhaftes Verhalten der für die Operation des Verstorbenen verantwortlichen Ärzte. Insbesondere kann nicht festgestellt werden, dass der Anaesthesist zum Zeitpunkt des Herzstillstandes bei dem zu operierenden Patienten nicht an seinem Arbeitsplatz war, sondern sich mit der Operationsschwester unterhielt. Nach den Bekundigungen der Zeugen trat zwar der beschuldigte Arzt während der Operation für wenige Sekunden hinter den Operateur, um sich, wie bei jeder Operation üblich, durch eigenen Augenschein vom Fortgang der Operation zu überzeugen, damit auf Grund dieses Augenscheins etwa notwendig werdende narkoseärztliche Entscheidungen getroffen werden konnten. Nach Angaben der Zeugen befand sich der Anaesthesiearzt zum Zeitpunkt des Herzstillstandes an seinem Arbeitsplatz. Im übrigen verlief die Narkose komplikationslos. Anhaltspunkte für einen Kunstfehler des Operateurs sind nicht vorhanden. Der Herzstillstand trat zu einem Zeitpunkt ein, als die eigentliche Operation am Rückenmark noch gar nicht begonnen hatte.

Gegen die Einstellungsverfügung wurde am 18.10.1971 von der Klägerin Beschwerde eingelegt. Die Klägerin verlangte zur objektiven Beurteilung das Gutachten eines unabhängigen Sachverständigen.

Gerichtsmedizinisches Gutachten zu der Frage,
ob der Tod des Patienten auf einen ärztlichen Kunstfehler bei der Operation am Rückenmark zurückzuführen sei:

Infolge der besonderen anatomischen Verhältnisse in dem beschriebenen Operationsgebiet besteht ein nervöser Zusammenhang zwischen diesem Halsmarkbereich und der Herzaktion. Schon ein leichter Druck auf das Halsmark kann reflektorisch zum Herzstillstand führen. Da die Zeugen übereinstimmend angeben, dass der Herzstillstand aufgetreten sei, nachdem der Operateur versucht habe, die Vorwölbung langsam und behutsam zur Seite zu schieben, ist es naheliegend, anzunehmen, dass infolge dieses operativen Schrittes der Herzstillstand eingetreten ist. Es entspricht indes ärztlichen Erfahrungen, dass ein eingedrücktes oder eingeklemmtes Rükkenmark im Bereich der Druckeinwirkung infolge gestörter Blutzirkulation anschwillt, und der Druck zu Blutaustritten ins Gewebe führt. Deshalb ist es ohne weiteres denkbar, dass im selben Zeitpunkt auch ohne operativen Eingriff, durch den krankheitsbedingten Druck auf das Rückenmark ein reflektorischer Herzstillstand eingetreten wäre.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der 38 Jahre alte Patient infolge eines plötzlichen Herzstillstandes während eines operativen Eingriffes am Halsmark gestorben ist. Der Eingriff war wegen eines Bandscheibenvorfalles indiziert. Den behandelnden Ärzten sind nach Lage der Akten keine Verstöße gegen gebotene Sorgfalt während der Operation nachzuweisen. Im Hinblick auf die eigenartige Erkrankung hätte der Herzstillstand auch ohne operativen Eingriff zum selben Zeitpunkt eintreten können.

Verfahrensausgang:
Am 6. Dezember 1971 wurde das Verfahren erneut gemäß § 170/II StPO eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

Am 21.12.1971 erfolgte durch die Anwälte der Klägerin erneute Beschwerde gegen die Verfahrenseinstellung, die Klägerin wolle die Beschuldigungen nur gegen den Anaesthesisten

erhoben wissen. Er habe sich grob schuldhaft verhalten, indem er während der Operation seinen Arbeitsplatz verlassen habe. Der Generalstaatsanwalt gab am 7.1.1972 dieser Beschwerde nicht statt.
Als Gründe wurden die vorherigen Einstellungsverfügungen angegeben.

4.1.20. (L 92/72)

Patientin: 17 Jahre, ledig, Schülerin.

Arzt: 57 Jahre, Facharzt für Chirurgie, Chefarzt des Kreiskrankenhauses in einer Stadt von 6.500 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Der Beschuldigte habe durch mangelhafte Sorgfalt bei der Untersuchung der Verletzten den vorhandenen Milzriß nicht festgestellt und dadurch unter Umständen zum Tod der Patientin schuldhaft beigetragen.

Anamnese und Verlauf:
Die 17 Jahre alte Patientin erlitt am 23.5.1972 als Beifahrerin einen Verkehrsunfall. Nach Erstuntersuchung durch eine praktische Ärztin sofortige Überführung in das Kreiskrankenhaus ... Von dort wurde die Schülerin nach ambulanter Behandlung am selben Tage entlassen und musste bereits wenige Stunden später in schwerstem Schockzustand mit nicht meßbarem peripheren Blutdruck und nur schwach tastbarem Puls in ihr Heimatkrankenhaus eingeliefert werden. Dort wurde eine sofortige Schockbekämpfung durchgeführt und die Laparotomie ins Auge gefasst, da an der Diagnose einer intraabdominellen Blutung, mit höchster Wahrscheinlichkeit einer Milzzerreissung, kein Zweifel bestand. Es bestand bereits eine völlige Anurie. Bei der sofort anschliessenden Laparotomie fanden sich reichliches, hauptsächlich dunkles, teilweise koaguliertes Blut in der freien Bauchhöhle und nach rascher Erweiterung des Oberbauchschnittes eine rupturierte Milz, auf der große Koagel aufgelagert waren. Nach Ausräumen der Koagel und Absaugen des Blutes zeigte sich ein tiefer querverlaufender Einriß in die Milz; diese wurde exstirpiert. Der linke Oberbauch war anschliessend bluttrocken und konnte drainiert werden. Die kurze Revision des übrigen Abdomens ergab keine

weiteren Verletzungen, insbesondere auch keine Nierenverletzung links. Nach Beendigung der Operation kam es zu einem erneuten Absinken des zwischenzeitlich auf 120/70 mm Hg angestiegenen Blutdruckes. Als Ursache des Blutdruckabfalles musste eine zunehmende Herzinsuffizienz mit alarmierender Bradykardie angenommen werden. Trotz sofort eingeleiteter intensiver Maßnahmen sank der Blutdruck auf nicht mehr messbare Werte ab und die Pupillen wurden weiter; die extreme Bradykardie ging in einen Herzstillstand über. Wiederbelebungsmaßnahmen blieben erfolglos.

Sektionsbefund:
Zustand nach operativer Entfernung der Milz, blutige Imbibierung des Gewebes der Bauchspeicheldrüse, vor allem im Schwanzanteil. Flächenhafte Blutunterlaufung der linken Zwerchfellkuppe, umschriebene Blutunterlaufung des Bauchfelles und der Rückwand des rechten Unterbauches.

Massive Bluteinlagerung in die linksseitige vordere Halsmuskulatur. Hochgradiger Flüssigkeitsgehalt sämtlicher Organe und Gewebe mit zum Teil sulziger, gallertiger Beschaffenheit. Außerordentliche Feuchtigkeitsdurchdrängung der Lungen, blutig wässrige Flüssigkeit im Bauchraum. Blässe der inneren Organe, Schocknieren.

Gerichtsmedizinisches Gutachten zu folgenden Fragen:
1. Kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erwiesen werden, dass der Tod der Patientin nicht eingetreten wäre, wenn die Milzruptur im Kreiskrankenhaus ... sofort erkannt worden und eine sofortige Operation durchgeführt worden wäre?
2. Muss ein Arzt bei sorgfältiger Untersuchung eine Milzruptur erkennen?

Die 17 Jahre alte Patientin war Beifahrerin in einem PKW, der sich am 23.5.1972 überschlug. Die Patientin klagte über Schmerzen im Bereich der rechten Brustseite, sowie über Atembeschwerden; sie wurde von ihrer Hausärztin ins Kreiskranken-

haus ... eingewiesen. Die Hausärztin berichtet, die Patientin habe nicht über Schmerzen geklagt. Das blasse Aussehen und den flatterhaften Puls habe sie auf einen Schockzustand zurückgeführt. Der Blutdruck sei normal gewesen, der Bauch weich, die Pupillen seitengleich. Zur weiteren Untersuchung habe sie eine Überführung in das nächstgelegene Krankenhaus veranlasst.

Auf Fragen der Patientin habe sie ihr gesagt, dass sie innere Verletzungen nicht feststellen könne und habe die Meinung geäußert, dass unter Umständen ein Leberriß, Milzriß oder Rippenbruch vorkommen könne und dass sie mit einer Beobachtung von drei bis vier Tagen rechnen müsse.

Nach ambulanter Untersuchung wurde die Patientin aus dem Kreiskrankenhaus ... wieder nach Hause entlassen. Dort traten zunehmende Schmerzen, sowie ein ausgeprägter Schockzustand auf, wonach der Hausarzt der Patientin eine Einweisung in das Heimatkrankenhaus ... veranlasste. Dort Entfernung der Milz und Exitus letalis im irreversiblen Schock.

Im vorliegenden Fall haben offensichtlich die typischen Symptome einer Milzruptur, wie sie in der Regel jedenfalls zu beobachten sind, nicht vorgelegen. Lediglich im Bereich der linken unteren Rippenpartie soll ein geringer Druckschmerz vorgelegen haben, dagegen hat jedoch der als typisch anzusehende akute Bauchschmerz mit der gleichzeitig einsetzenden Bauchdeckenspannung nicht bestanden. Nach den Aussagen der Patientin konnten zum damaligen Zeitpunkt keine gravierenden Krankheitssymptome angenommen werden. Die Blutdruckverhältnisse hatten sich bei der Aufnahme in das Kreiskrankenhaus ... gegenüber dem Vorbefund nicht verändert, auch die klinische Symptomatik war nur wenig aussagekräftig. Möglicherweise war dieses auch mit darauf zurückzuführen, dass die Patientin ihr tatsächliches Befinden zu dissimulieren versuchte. Aus den Ausführungen des Beschuldigten können sich derartige Gesichtspunkte ergeben.

Der Beschuldigte berichtete aber weiterhin, dass er der Patientin vorgeschlagen habe, sicherheitshalber zur Beobachtung im Krankenhaus zu bleiben, obwohl er zum damaligen Zeitpunkt keine Anhaltspunkte für eine Blutung in die Bauchhöhle hatte. Die Patientin habe jedoch eine derartige Behandlung abgelehnt. Sie sei zudem noch darauf hingewiesen worden, dass sie sich bei Zeichen einer Verschlechterung ihres Befindens an ihren Hausarzt wenden solle. Im allgemeinen konnte man davon ausgehen, dass ein 17jähriges Mädchen verständig genug ist, sein Befinden angesichts einer derartigen Situation hinreichend zu beurteilen.

Es wäre allerdings zu fragen, warum keine Bestimmung des Blutfarbstoffes durchgeführt wurde. Der Beschuldigte meint, dass eine derartige Untersuchung den tatsächlichen Blutverlust nur unzureichend wiederspiegelt. Das trifft auch im allgemeinen zu, insbesondere bei kurzzeitigem Intervall zwischen Untersuchung und Trauma. Im vorliegenden Fall waren jedoch bis zum Untersuchungszeitpunkt etwa zweieinhalb bis drei Stunden nach dem Unfall verstrichen, so dass ein derartiger Untersuchungsbefund möglicherweise die Diagnose einer inneren Blutung hätte ermöglichen können.

Andererseits ist mit der forensisch erforderlichen Sicherheit nicht festzustellen, dass ein pathologischer Befund bei dieser Untersuchung hätte aufgedeckt werden müssen, da es hier im wesentlichen auf Verlaufsbeobachtungen ankommt. Unter den gegebenen Umständen, insbesondere aber in Anbetracht der von der Patientin gemachten Angaben, war es daher schwierig, die Milzruptur zu erkennen. Auch bei sorgfältiger Untersuchung besteht die Möglichkeit, dass eine derartige Verletzung nicht rechtzeitig erkannt wird.

Fehldiagnosen können weitgehend dadurch vermieden werden, dass die betreffenden Patienten stationär bei entsprechenden Vermutungen beobachtet werden. Wenn auch im vorliegenden Fall von Seiten des Alters der Patientin und angesichts des guten körperlichen Zustandes das Operationsrisiko nur sehr gering

gewesen sein dürfte, so kann trotzdem nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erwiesen werden, dass bei rechtzeitiger, das heißt sofortiger Operation, der tödliche Geschehensablauf hätte verhindert werden können.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Verfahrens wegen des Verdachtes der fahrlässigen Tötung am 14. Juni 1973.

Gründe:
Nach den Ermittlungen steht zwar fest, dass der Beschuldigte den durch den Unfall erlittenen Milzriß der Patientin bei der Untersuchung am 23.5.1972 im Kreiskrankenhaus ... übersehen hat. Dies mag, wie der Beschuldigte behauptet und das Gutachten des Institutes für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen für möglich hält, daran gelegen haben, dass die typischen Symptome einer Milzruptur zum Zeitpunkt der Untersuchung durch den Beschuldigten in der Frühe des 23.5.1972 noch nicht eindeutig vorgelegen haben und die Patientin das Unfallgeschehen und ihre erlittenen Verletzungen bagatellisiert hat.

Die Bestimmung des Blutfarbstoffes zur Prüfung eines etwaigen Blutverlustes durch innere Blutungen ist jedoch seitens des Beschuldigten unterblieben, obwohl sie geboten war und, zwar nicht mit Sicherheit, doch möglicherweise zu wichtigen Erkenntnissen hätte führen können. Andererseits besteht nach dem Gutachten des Instituts für Gerichtliche Medizin die Möglichkeit, dass selbst bei sorgfältiger Untersuchung eine derartige Milzruptur nicht rechtzeitig erkannt wird; es kann jedenfalls nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erwiesen werden, dass bei rechtzeitiger, das heißt sofortiger Operation,der tödliche Geschehensablauf hätte verhindert werden können.

Der Nachweis einer fahrlässigen Tötung scheitert somit schon am Nachweis der Causalität.

4.1.21. (G 198/72)

Patientin: 37 Jahre alt, Zahnarzthelferin.

Arzt: Ärzte der Chirurgischen Universitätsklinik in einer Stadt von 90.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Patientin.

Vorwurf: Fahrlässige Körperverletzung.

Anamnese und Verlauf:
Die Patientin wurde am 26.1.1972 in der Universitätsklinik ... strumektomiert. Sowohl die Operation als auch der postoperative Verlauf waren völlig komplikationslos.
Zur Blutstillung wurde intraoperativ neben Ligaturen die Elektrokaustik verwandt. Als Folge davon waren bei der Patientin Verbrennungen I. Grades im Bereich des Gesässes sowie kleine zweit- bis drittgradige Verbrennungen im Bereich des Rückens aufgetreten. Die Verbrennung im Bereich des Gesässes verheilte reizlos, im Bereich des Rückens unterhalb des Schulterblattes blieb eine kleine Narbe zurück, die excidiert wurde und anschliessend mit überschiessender Keloidbildung verheilte. Die Patientin machte geltend, auf Grund der Verbrennung im Bereich der Schulter sei eine Bewegungseinschränkung zurückgeblieben; außerdem sei die Narkose nicht sachgerecht durchgeführt worden, das heißt, sie sei erst nach anderthalb Tagen wieder aufgewacht.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Zum Narkosekomplex ist auszuführen, dass die Vorbereitung zur Narkose, seit die moderne Narkosetechnik zu den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst gezählt wird, nicht im Operationssaal selbst, sondern in einem dafür besonders vorgesehenen Vorbereitungsraum stattfindet. Erst danach wird der Patient in den Operationssaal gebracht. Die Äußerung der Anzeigeerstatterin, erst in der Nacht zum oder am Morgen des 27.1.1972 aus der Narkose aufgewacht zu sein, mag subjektiv

zutreffen, objektiv ist dies indes nicht der Fall. Die moderne Narkosetechnik gestattet eine subtile Steuerung, so dass gar nicht selten der Patient unmittelbar nach Beendigung der Operation aus der Narkose erwacht. Es gehört zu den Aufgaben des Anaesthesisten, den Patienten nicht eher auf die Station zu entlassen, bis der Patient wieder ansprechbar ist.

Wenn die behandelnden Ärzte auf das Narkoseprotokoll verweisen und zum Ausdruck bringen, dass der Verlauf der Allgemeinnarkose und die anschliessende Aufwachphase völlig regelrecht und planmässig verlaufen seien, dann dürfte daran nicht zu zweifeln sein; dies um so weniger, als von der Antragstellerin auch kein nachfolgender Narkoseschaden behauptet worden ist.

Die Patientin unterzog sich einer Schilddrüsen-Operation, die erfahrungsgemäß das Risiko einer Nachblutung in sich birgt. Ein wesentlicher Vorteil gegenüber des operativen Eingriffes mit dem Skalpell ist daher der Eingriff mit dem elektrischen Messer, weil hierdurch die Gefahr der Nachblutung weitgehend gebannt ist. Wenn die behandelnden Ärzte schreiben, dass die Diathermieanwendung bei dieser Operation unentbehrlich gewesen ist, dann haben sie mehr als manche ihrer Kollegen die erforderliche Sorgfalt walten lassen. Dass infolge der Diathermie in Ausnahmefällen eine Hitzeschädigung der Haut auftreten kann, muss dabei in Kauf genommen werden.

Die kleinen, tiefer greifenden Hautdefekte an der rechten Rückenseite sind von der Patientin erst zwei Tage nach der Operation bemerkt worden. Sie waren bei der Entlassung aus der Klinik bereits in Heilung begriffen und sind, wie sich aus den Akten ergibt, im Laufe der folgenden Wochen und Monaten korrigiert worden. Übereinstimmend mit den behandelnden Ärzten muss hier gesagt werden, dass eine Bewegungseinschränkung des rechten Armes ausscheidet. Es würde jeder Kenntnis von Anatomie und Physiologie widersprechen, wollte

man aus einem umschriebenen kleinen Hautdefekt an der rechten Rückenseite eine Bewegungseinschränkung des rechten Armes herleiten.

Nach Lage der Akten ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die Ärzte bei der Behandlung der 37 Jahre alten Patientin gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen haben.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Verfahrens wegen fahrlässiger Körperverletzung am 10. Oktober 1972 gemäß § 170/II StPO.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.22. (G 210/72)

Patient: 37 Jahre, verheiratet.

Arzt: 60 Jahre, praktischer Arzt,
43 Jahre, Facharzt für Chirurgie, Chefarzt, in einer Stadt von 14.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehefrau des Verstorbenen.

Vorwurf: Der Ehemann sei auf Grund eines ärztlichen Kunstfehlers im Kreiskrankenhaus ... gestorben.

Anamnese und Verlauf:
Der Patient litt bereits früher unter eine Lumbalgie. Anfang Juli 1972 erneut Auftreten lumbalgieformer Beschwerden. Der Patient kam am 7.7.1972 in die Nachmittagssprechstunde der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses ... und klagtedort über heftigste Schmerzen im Kreuz und in der linken Gesäßhälfte. Als Ursache der Beschwerden fand sich eine akute Lumbalgie links bei Nucleus pulposus-Prolaps L 4/L 5. Als Sofortmaßnahme wurde eine Ampulle Dexamonozon in die linke Gesäßmuskulatur injiziert. Am Samstag, dem 8.7.1972, stellte sich der Patient erneut in der Ambulanz zu einer zweiten Dexamonozon-Injektion vor. Er gab an diesem Tage an, dass er eine wesentliche Besserung der Beschwerden nicht verspüre. Auch an diesem Tage wurde eine Ampulle Dexamonozon intramuskulär in die Gesäßseite injiziert. Am Montag, dem 10.7.1972, sollte er sich erneut in der Ambulanz vorstellen. Er gab dann an, dass er jetzt bereits völlig beschwerdefrei sei und am Tage zuvor, am 9.7.1972, von seinem Hausarzt ebenfalls eine Spritze in das linke Gesäß bekommen hätte.

Eine erneute Vorstellung in der Ambulanz der Chirurgischen Abteilung ... erfolgte zur Wiederholung einer Röntgenaufnahme der Wirbelsäule. Am folgenden Dienstag, dem 11.7.1972, kam der Patient erneut in die Sprechstunde, wo er über

heftige ischialgieforme Schmerzen links klagte und angab, dass die Schmerzen seit dem Vortage wieder aufgetreten seien. Bei der Untersuchung konnte jedoch kein nennenswerter lokaler Druckschmerz gefunden werden. Fieber bestand nicht. Auch waren keine Anzeichen für einen Spritzenabszess feststellbar. Es bestand lediglich eine Druckempfindlichkeit im Verlauf des Nervus ischiadicus links. Unter der Annahme, dass es sich um ein erneutes Rezidiv vorausgegangener Beschwerden handele, wurde der Patient wieder nach Hause entlassen. Zur Schmerzlinderung wurde eine intravenöse Injektion von Novalgin, die gut vertragen wurde, gegeben.

Am Freitag, dem 14.7.1972, erfolgte in den Nachmittagsstunden wegen des Verdachts auf einen Spritzenabszess, der vom Hausarzt einen Tag zuvor inzidiert wurde, stationäre Aufnahme. Es bestanden Temperaturen bis 39° C. Der Kreislauf war bei der Klinikaufnahme noch stabil. Am ganzen Körper fand sich ein ausgeprägtes Exanthem der Haut, das klinisch wie ein Arzneimittelexanthem, eventuell bei Penicillinallergie, imponierte. Aus der Inzisionswunde in der linken Gesäßgegend entleerte sich kein Eiter. Das generalisierte Exanthem hatte sich offensichtlich entwickelt nach einer Injektion von 20 Mega Penicillin. Außerdem wurden Tavegil und 100 mg Soludecortin gegeben. In der Nacht kam es zu Dyspnoe und Kreislaufkrisen mit Blutdruckabfall und Blutdruckwerten um 90/60 mm Hg. Es wurden zweimal 1000 ml Sterofundin B, 500 ml Macrodex, 0,4 mg Novodigal, 100 ml Berolase und 1 Ampulle Calcium verabreicht, außerdem Sauerstoffinsufflation, worauf sich das Allgemeinbefinden etwas besserte. Die Pulsfrequenz blieb unbeeinflusst. Über der Lunge wurden feinblasige Rasselgeräusche gehört, bei einer Röntgenaufnahme fand sich das Herz deutlich verbreitert. Für eine Lungenentzündung ergab sich kein Anhalt. Unter Zunahme einer Gelbsucht mit hochpathologischen Leberwerten, starkem Meteorismus und gleichzeitigem Auftreten einer Anurie bei komatösem Zustand trat schliesslich am 15.7.1972 gegen 15.45 Uhr der Tod ein.

Sektionsbefund:
Flohsticharige, zum Teil zusammenfliessende Hautblutungen im Bereich des Rumpfes und der Gliedmaßen, zum Teil im Sinne eines kleinen Restexanthems mit leichten blasigen Erhabenheiten im oberen Brustbereich und der Vorderseite des Halses. Deutliche Gelbfärbung der Skleren.

2 cm langer Schnitt im äußeren oberen Quadranten der linken Gesäßbacke mit blasenförmigen Hautabhebungen in der Umgebung, bis zum Beckenkamm reichend (bei einem tiefen Einschnitt entleert sich reichlich blutig-wässriger schmutziger Eiter aus der Gesäßmuskulatur ohne scharfe Abgrenzung der Umgebung; die Muskulatur ist in diesem Bereich schmierig bräunlich).

Starke Hirnschwellung mit abgeplatteten Hirnwindungen und verstrichenen Furchen. Starke Blutfülle und Feuchtigkeitsdurchtränkung der Lungen, starke Erweiterung beider Herzhälften mit Verbreiterung der Ausflußbahnen. Ausgedehnte Blutungen im Herzmuskel.

Flohstichartige Blutungen in der Magenschleimhaut. Stark vergrößerte zerfliessliche Milz. Starke Trübung und Schwellung der nicht vergrößerten Leber. Hochgradige Nierenschwellung mit sternförmigen Blutungen an der Oberfläche.

Komplette Degeneration der Bandscheibe zwischen 4. und 5. Lendenwirbel.

Mikroskopischer Befund:
Glutealregion: Ausgiebige Weichteilphlegmone unter Einbeziehung der Muskulatur, Kugelbakterien in Diplococcenform, Stäbchenbakterien.

Gehirn: Entzündung der inneren Hirnhäute, ödematöse Veränderungen, stark verwaschene Zeichnung der Nerven- und Ganglienzellen, Mikroabszesse mit Kugel- und Stäbchenbakterien.

Niere: Herdförmige, interstitielle, entzündliche Infiltrate aus Rund- und Plasmazellen, Mikroabszesse mit Kugelbakterien, kleine Blutungsherde.

Bakteriologischer Befund: (Kulturen)
Colibakterien, Proteusbakterien, Staphylococcus aureus, Keime aus der Klebsiella aerobakter-Gruppe.

Gerichtsmedizinisches Gutachten zu folgenden Fragen:
1. Kann aus der Art der Vergiftung auf einen Kunstfehler bei Verabreichung der Spritzen geschlossen werden? Kann gegebenenfalls mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden, bei welcher der drei Spritzen der Kunstfehler unterlief?

2. Liegt ein ärztlicher Kunstfehler in der Behandlung des Verstorbenen vor, nachdem dieser wegen seiner Schmerzen aus der Spritzenphlegmone klagte?

Nach den Umständen des Falles bestehen keine ernsthaften Zweifel daran, dass die Gewebsentzündung in der linken Gesäßbacke die Folge der Einspritzung von Medikamenten gewesen ist. Da es sich erwiesenermaßen um eine bakteriell verursachte Entzündung gehandelt hat, müssen diese Bakterien (Proteus und Staphylococcus aureus) bei den Injektionen in den Körper gelangt sein. Es wird sich nicht ohne weiteres sagen lassen, bei welcher der drei Injektionen, - am 7., 8. oder 9.7.1972 -, die Infektion gesetzt wurde, auch wenn nach dem Auftreten der Schmerzen am Abend des 10.7.1972 der Verdacht naheliegt, dass die letzte Injektion am 9.7.1972 hierfür ursächlich in Betracht kommt. Möglicherweise wird man diese Frage stichhaltiger beantworten können, wenn bekannt wird, welcher Art die Injektionsnadeln ebenso wie die Spritzen gewesen sind. Nach ärztlicher Erfahrung würden die Nadeln und die Injektionsspritzen als Infektionsquelle praktisch ausscheiden, wenn es sich um steril verpackte Einwegsspritzen und Nadeln gehandelt hat. Es wäre zunächst festzustellen, wie das Spritzenmaterial sterilisiert und anschliessend aufbewahrt

worden ist.

Die weitere Frage, nämlich nach der Behandlung der Spritzenphlegmone, ist wie folgt zu beantworten. Bei der Eigenart des Grundleidens können Schmerzen schubweise auftreten. Da der Patient am 7.7.1972 wegen eines neuen Schubes ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen musste, konnten die behandelnden Ärzte am 11.7.1972, als die Phlegmone sicherlich bereits in Ausbildung begriffen war und die Schmerzen verursachte, zunächst davon ausgehen, dass diese Schmerzen ursächlich auf das Bandscheibenleiden zurückgingen. Indes werden sie zu fragen sein, ob sie einen Spritzenabszess oder eine Phlegmone in ihre Überlegungen einbezogen hatten, insbesondere ob sie sich veranlasst fühlten, die Körpertemperatur zu messen, denn hierfür ergeben sich aus den Unterlagen des Kreiskrankenhauses ... bis zur stationären Behandlung keine Anhaltspunkte. Offenbar befanden sich die behandelnden Ärzte in einem Irrtum, als sie in den ersten Tagen die wahre Ursache der Schmerzen nicht erkannten. Daraus wird ihnen aber kein Vorwurf zu machen sein, sie hätten die erforderliche Sorgfalt nicht walten lassen, zumal zumindest in den ersten Tagen ein Spritzenabszess oder eine Spritzenphlegmone nicht in Erwägung zu ziehen war. Als sie es nachher taten, war die Infektion zu einer Sepsis ausgeartet, die sich nicht mehr beherrschen liess.

Freilich kann man dem Hausarzt nachsagen, dass die Verordnung von Penicillin-Tabletten ungenügend war. Denn die verabreichte Dosierung reichte nicht aus, um einer solchen Infektion Herr zu werden. Im übrigen ist mit dieser Therapie immer die Gefahr einer Sensibilisierung verbunden, wie sie sich auch im vorliegenden Fall gezeigt hat. Nachdem im Krankenhaus große Penicillindosen gespritzt worden waren, traten allergische Hautreaktionen auf, die auch bei der Leichenöffnung noch nachweisbar waren. Im weiteren war der Versuch des Hausarztes, den vermuteten Abszess durch Schnitt zu öffnen, unzulänglich. Überdies hätte er alsdann für eine sofortige Überführung in stationäre Behandlung Sorge tragen müssen. Man könnte auch Anstoß daran nehmen, dass die Anti-

biotika-Therapie einseitig gewesen ist, denn bei so schweren Mischinfektionen ist die Verabfolgung von Penicillin allein in der Regel unzulänglich.

Andererseits war die Sepsis in den letzten Tagen vor Eintritt desTodes so weit vorangeschritten, dass in diesem Zustand eine Art Intensivtherapie, wie sie im Krankenhaus auch lege artis durchgeführt worden ist, im Vordergrund der ärztlichen Maßnahmen stand. Es muss auch die Frage offenbleiben, ob bei diesem Zustand eine umfangreichere Antibiotika-Therapie den gewünschten Erfolg gehabt hätte.

Verfahrensausgang:
Am 21. März 1973 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung gemäß § 170/II StPO eingestellt.

Gründe:
Die eingehende und sehr kritische Überprüfung durch das Gerichtsmedizinische Institut ... kommt zu dem eindeutigen Ergebnis, dass gegen die behandelnden Ärzte der Vorwurf falscher Behandlung, also eines Verstosses gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst, nicht erhoben werden kann, weil sie die wahrenUrsachen der Schmerzen des Patienten in den ersten Tagen nicht erkannt haben. Dies wird in dem Gutachten eingehend dargelegt. Es wird ferner auch nicht der Nachweis geführt werden können, dass andere Maßnahmen den tödlichen Verlauf der Vergiftung hätten verhindern können. Wie es aber zu dem Abszess überhaupt kommen konnte, ist nicht zu klären. Es kann weder festgestellt werden, von welcher Spritze er verursacht worden ist, noch, da in allen Fällen Einwegspritzen verwendet worden sind, wie es überhaupt zu einer Phlegmone kommen konnte. Nach den Ergebnissen der Untersuchungen wird man davon ausgehen müssen, dass es sich hier um einen der immer wieder vorkommenden, von der ärztlichen Kunst nicht zu beherrschenden schicksalhaften Krankheitsverläufe handelt.

Am 31.3.1973 wurde von der Ehefrau des Verstorbenen eine Beschwerde gegen den Einstellungsbescheid eingelegt.

Begründung:

1. Ich bezweifle nicht, dass das Bandscheibenleiden meines Mannes richtig erkannt und mit der richtigen Medizin behandelt wurde. Laut Sektionsergebnis war jedoch die von einer linksseitigen Spritzenphlegmone ausgehende Sepsis die Todesursache, die doch durch eine der Injektionen hervorgerufen wurde. Folglich liegt die Schuld eindeutig auf Seiten der Ärzte, und der Vorwurf, der laut Bescheid nicht zu belegen ist, ist berechtigt.
2. Nachdem mein Mann am Montag schon erhebliche Schmerzen hatte, suchte er am Dienstag, den 11.7.1972, das Kreiskrankenhaus ... auf; dort wurde er jedoch wieder entlassen, ohne dass genau auf die Ursache seiner unerträglichen Schmerzen eingegangen wurde (z.B. keine Blutuntersuchung). Er wurde entlassen mit den Worten: "Wenn wir ein Bett hätten, würden wir Sie behalten".
3. Die unmenschlichen Schmerzen mit Erbrechen und Fieber, die mein Mann am Mittwoch, dem 12.7.1972, Donnerstag, dem 13.7.1972, und Freitag, dem 14.7.1972, aushalten musste, lege ich zu Lasten des Hausarztes, der zwar Penicillin verordnete, aber mit keinerlei Blut- oder anderweitigen Untersuchungen der Sache nachging. Erst auf mehrmaliges Drängen meines Mannes überwies ihn der Hausarzt widerwillig am Freitag, dem 14.7.1972, in das Kreiskrankenhaus ... Die Überweisung musste bei ihm abgeholt werden.

Am 26.4.1973 wurde die obengenannte Beschwerde mit Berufung auf das gerichtsmedizinische Gutachten abgelehnt.

4.1.23. (G 254/72)

Patient: 62 Jahre, Arbeiter.

Arzt: Ärzte des Krankenhauses in einer Stadt von 18.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Angehörige des Verstorbenen.

Vorwurf: Falsche beziehungsweise nichtzeitige Behandlung des Patienten im Krankenhaus ...

Anamnese und Verlauf:
Der Patient wurde am 10.2.1972 gegen 21.00 Uhr von hinten von einem Gabelstapler angefahren und gegen ein festes Widerlager gedrückt, wobei er am Oberschenkel eingequetscht wurde. Nach der Einlieferung ins Städtische Krankenhaus ... gegen 22.00 Uhr wurde von dem Chefarzt folgender Befund erhoben:
Somnolenter Patient, Puls kaum tastbar, der linke Ober- und Unterschenkel ist stark angeschwollen, starke Hämatombildung, Schürfung und Druckschmerz. Die Haut des linken Unterschenkels sehr blass, fühlt sich kalt an. Puls nicht tastbar.
Die Röntgenaufnahme ergibt eine Fraktur im kniegelenksnahen Unterschenkelabschnitt.
Die Diagnose lautete: Schockzustand, Fraktur des linken Unterschenkels.
Als Behandlung wurde eine intensive Schocktherapie und Schienenlagerung durchgeführt.

Nach Angaben des Stationsarztes sei der Schockzustand unter dieser Therapie behoben worden. Auf Anregung des Arbeitgebers sei die Verlegung in die Universitätsklinik ... erfolgt.

In der Chirurgischen Universitätsklinik ... wurde am 11.2.1972 zunächst ein Bruch des linken Schienbeinkopfes

und ein Abriß der Beinarterie festgestellt. Am Abend des 11.2.1972 wurde der Patient operativ versorgt (Druckplatten-osteosynthese der Tibiakopffraktur, femoropoplitealer Venen-bypass).

Trotz antibiotischer Behandlung entwickelte sich eine Infektion, vorwiegend im Kniegelenk. Septische Temperaturen traten auf, wegen weiterer Zustandsverschlechterung Amputation des linken Beines am 7.4.1972. Am 9.4.1972 Auftreten einer akuten gelben Leberatrophie septischen Ursprungs. Der Patient wurde zunehmend somnolenter und starb am 6.5.1972 gegen 15.00 Uhr in toxischem Herz-Kreislaufversagen.

Sektionsbefund:
Zustand nach Amputation des linken Oberschenkels 21 cm unter dem großen Rollhügel mit Eiterung im Wundgebiet. Gelbstichige Färbung der Bindehäute und der lockeren Schichten der Kopfschwarte. Erweichung des grüngelbgefärbten Lebergewebes. Flächenhafte Verschwartung der linken Lunge. 350 ml Ergußflüssigkeit in der linken Brusthöhle. Eitrige Bronchitis und Feuchtigkeitsdurchtränkung der Lunge. Vergrößerung des Herzens. Entzündliche Veränderungen an den Schliessungsrändern der Zwei- und Dreizipfelklappe. Entzündung des Herzmuskels. Eiterhöhle am oberen Milzpol. Vereiterter Einriß am oberen Milzpol. Verhärtung der Bauchspeicheldrüse. Septische Milz. Schwellung der Nieren.

Gerichtsmedizinisches Gutachten zu den Fragen:
1. Bestehen Anhaltspunkte oder gar sichere Wahrscheinlichkeit für eine fehlerhafte oder verspätete Behandlung im Krankenhaus ... oder lässt sich dies ausschliessen?
2. Bestehen Anhaltspunkte oder sichere Wahrscheinlichkeit dafür, dass der Tod des Patienten bei richtiger oder rechtzeitiger Behandlung nicht eingetreten wäre oder lässt sich dies ausschliessen?
3. Bestehen Anhaltspunkte oder Sicherheit dafür, dass sich durch fehlerhafte oder verspätete Behandlung zumindest eine wesentliche Verschlechterung des Zustandes des Verletzten eingestellt hat?

Man wird nach der Kausaltheorie im Strafrecht davon ausgehen können, daß Nekrose und Infektion im linken Bein die Folge des Unfallereignisses und die Ursache des tödlichen Ausganges gewesen sind.

Wenn nun die Frage des fremden Verschulden zu erörtern ist, dann kann von vornherein gesagt werden, dass den behandelnden Ärzten im Krankenhaus ... die Durchblutungsstörungen des linken Unterschenkels bekannt gewesen sind. In diesem Falle durften sie sich nicht damit begnügen, das verletzte Bein nur zu verbinden und Schmerzmittel zu verordnen. Bei den massiven Blutergüssen im Ober- und Unterschenkel musste die Verletzung einer größeren Schlagader mit in die Überlegungen einbezogen werden; dies um so mehr, als der Patient sich bei der Einlieferung in einem Schockzustand befunden hatte.

Verletzungen dieser Art müssen rasch operativ versorgt werden. Entweder ist nach den Erfahrungen der Gefäßchirurgie eine Gefäßplastik angezeigt, so wie sie einen Tag später auch durchgeführt worden ist, oder man muss das verletzte Bein amputieren. Wenn im Krankenhaus ...,gleich aus welchen Gründen, eine Gefäßplastik nicht möglich war, andererseits eine Amputation verständlicherweise vermieden werden sollte, dann hätte nach der ersten ärztlichen Versorgung die Verlegung in eine entsprechende Klinik erfolgen müssen.

Die weitere Frage, ob der Tod bei richtiger Behandlung nicht eingetreten wäre, hängt lediglich vom Operationsrisiko ab, ansonsten wäre er vermeidbar gewesen. Es ist also eine Frage des Wahrscheinlichkeitsbegriffes, der in der Rechtssprechung nicht quantifiziert ist. Man wird daher ein Operationsrisiko bis zu 5 % anzunehmen haben. Dies wiederum würde bedeuten, dass mit höchster, indes nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, der Tod vermeidbar gewesen wäre.

Zweifellos hat, um zur dritten Frage Stellung zu nehmen, die zunächst fehlerhafte und alsdann verspätete regelrechte Behandlung zu einer wesentlichen Zustandsverschlechterung des

Verletzten geführt. Dies ergibt sich aus den voranstehenden Erörterungen. Abschliessend kann man davon ausgehen, dass im vorliegenden Fall ein grober Kunstfehler vorliegt.

Verfahrensausgang:
Ein Ermittlungsverfahren gegen die von den Angehörigen beschuldigten Ärzte des Krankenhauses ... fand nicht statt. Auf Grund des gerichtsmedizinischen Gutachtens wurde die Berufung der Staatsanwaltschaft gegen den wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilten Arbeitskollegen des Verstorbenen zurückgenommen, da nur infolge der Behandlungsfehler ein tödlicher Geschehensablauf anzunehmen war.

4.1.24. (L 120/73)

Patientin: 39 Jahre, Hausfrau.

Arzt: Facharzt für Chirurgie, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses einer Stadt von 6.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch nicht sachgemässe Behandlung.

Anamnese und Verlauf:
Patientin wurde am 28.5.1973 wegen Cysticusverschlußstein und Cholelithiasis, Cholecystitis und Papillitis stenosans cholecystektomiert, wobei auf transduodenalem Weg eine Papillenspaltung vorgenommen werden musste.

Im Verlaufe des Nachmittages machten sich nun immer mehr Zeichen zunehmender intraperitonealer Blutung bemerkbar. Der Blutdruck sank auf Werte von unter 100 mm Hg. Die Patientin blieb trotz gesteigerter Infusionen und Transfusionen anämisch. Der Leib wurde im rechten Mittel- und Unterbauch zunehmend druckempfindlich, so dass eine intraperitoneale Blutung in die freie Bauchhöhle angenommen werden musste. Daraufhin Entschluß zur operativen Nachschau und Relaparotomie noch am späten Nachmittag des Operationstages. Nach Eröffnung des Peritoneums fand sich reichlich Blut, das zum Teil flüssig, zum Teil koaguliert war. Die Nachschau ergab ein reichlich mit Koagula angefülltes Gallenblasenbett (an dieses war wegen etwas auffallend vermehrter Blutungsneigung schon am Morgen ein Tabotamp-Gazeschwamm gelegt worden). Bei der weiteren Nachschau zeigte sich dann das rechte Peritoneum parietale im Bereich des rechten Colons und des Duodenums sowie der Leber und Nierengegend stark ödematös durchtränkt. Es blutete frisch aus der inneren Stelle der etwas nach lateral gelegten Gummidrain-Austrittstelle. Der Gummidrain wurde demzufolge entfernt, die Drainagestelle durch Catgut-

nähte umstochen. Anschliessend wurde die Laparotomiewunde wieder verschlossen.

Patientin erwachte aus dem Eingriff relativ schnell, der Kreislauf konnte durch Fortsetzung der Bluttransfusions- und Infusionsbehandlung wieder stabilisiert werden. Gegen 22.00 Uhr war der Puls bei Werten von 100, der Blutdruck bei 110/70 mm Hg. Gegen 02.00 Uhr morgens plötzlich wieder Blutdruckabfall auf Werte von 50/30 mm Hg, die Patientin war somnolent. Daraufhin erneute Zuführung von Blut, gleichzeitig ergab die Bestimmung des Blutzuckers einen Wert von 400 mg%, so dass eine zusätzliche Entgleisung des Insulinapparates angenommen werden musste. Es wurden deshalb 40 E. Insulin verabreicht, worauf sich das Bewußtsein der Patientin alsbald wieder erhellte.

Trotz Intensivierung der Infusionsbehandlung und Gabe von Hämostyptica war es am Morgen des 29.5.1973 offensichtlich, dass die Patientin trotz des zweiten Eingriffes intraperitoneal weiterblutete. Es waren nun auch vermehrte Blutaustritte durch die Redondrains festzustellen, man entschloss sich zu einer nochmaligen operativen Revision.

Es fand sich wiederum reichlich Blut im gesamten Bauchraum. Das Blut stammte offensichtlich wiederum zum Teil aus dem Gallenblasenbett, zum Teil aus der kleinen Leberpunktionsstelle, die am Tag zuvor umstochen worden war, vor allem aber blutete es aus der Ausführungsstelle des Gummidrains. Nach erneuter tiefgreifender Umstechung der Blutungsstelle und örtlicher Einlage von Tabotamp und Gaben erneuter hämostyptischer Infusionen wurde die Bauchhöhle verschlossen.

Im Verlaufe des 31.5.1973 wurde die Patientin plötzlich massiv gelb und starb gegen 23.00 Uhr offenbar an einem hepatorenalen Syndrom.

Sektionsbefund:

Lungen mittelgroß, ziemlich schwer, das Lungenfell weitgehend

verschwartet, von blauvioletter Farbe. Die Zwischenlappenspalten sind verklebt. An der Schnittfläche fliesst ohne weiteren Druck sehr viel schaumige Flüssigkeit aus den Luftästen ab. Im übrigen ist das Gewebe blutreich. In beiden Unterlappen sind blaurote erhabene Herde zum Teil bereits zusammengeflossen. In den durchschnittenen Schlagaderzweigen keine Gerinsel. Der Herzbeutel ist verhältnismässig zart, enthält rund 40 ccm einer rötlich gefärbten wässerigen Flüssigkeit. Beide Kammern sind schlaff, der rechte Vorhof mässig erweitert. Das Herzfell spiegelt glatt, stärker von Fett unterwachsen. Die Leber von gelblich-brauner Farbe, ausgesprochen weich und brüchig, die Kapsel ist nicht verdickt, reisst aber sofort auf geringen Druck ein. An der Schnittfläche ist das Gewebe gelblich-grün bis hellbraun gefärbt. Der Läppchenbau erscheint vergröbert, eine Verfettung ist nicht mit Sicherheit zu erkennen. Das Wundbett der Gallenblase ist ohne Besonderheiten. Beide Nieren gut ausschälbar, weich, verhältnismässig klein und von graugelber Farbe, eine feinmaschige Adernnetzzeichnung ist an der Oberfläche zu erkennen. Rinde und Mark gut voneinander abgesetzt; die Rinde geschwollen, weist eine rote Streifenzeichnung auf. Beide Harnleiter durchgängig.

Auf Grund des Sektionsbefundes wurde als Todesursache ein akutes Herz-Kreislauf-Versagen angenommen. Diese Diagnose wurde durch die feingeweblichen Untersuchungen bestätigt. Die Beurteilung der mikroskopischen Organstrukturen gestaltete sich schwierig, da infolge Zersetzung die Zellzusammenhänge nicht mehr standen. Dennoch wird man davon auszugehen haben, dass in erster Linie ein Nierenversagen, sowie in zweiter Linie ein Leberschaden die Ursache des tödlichen Herz-Kreislauf-Versagens gewesen sind.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Aus den Krankenunterlagen geht hervor, dass die Patientin nicht nur an einer Steingallenblase, sondern auch an einer chronischen Leberentzündung gelitten hat. Hinzu kam, - offenbar bedingt durch einen gestörten Sekretabfluß (Papillitis stenosans) - eine Störung des Zuckerstoffwechsels mit einer

Entgleisung bis zur Bewußtseinstrübung.

Von besonderer Bedeutung erscheint in diesem Zusammenhang die Erkrankung der Leber. Wenn eine Sickerblutung im Gallenblasenbett nicht zu stillen war, und seit der Operation elf Blutkonserven verabfolgt werden mussten, dann muss hier eine Störung des Blutgerinnungssystems vorgelegen haben. Derartige Störungen sind bei chronischen Lebererkrankungen bekannt. Auf Grund der bisher zur Verfügung stehenden Befunde waren diesbezügliche Schlußfolgerungen nicht möglich, da die Organe schon autolytisch verändert waren.

Trotz des Ergebnisses der histologischen Untersuchung eines am Operationstag gewonnenen Punktionszylinders der Leber (chronisch rezidivierende unspezifische Pericholangitis mit herdförmigem Übergang in eine Cholangiohepatitis ganz geringfügiger herdförmiger Cholostase) muss auch an eine sogenannte akute gelbe Leberatrophie, - einem völligen Zerfall des Lebergewebes innerhalb weniger Tage -, gedacht werden. Dieses Krankheitsbild würde nicht nur die Blutungsneigung, sondern auch die Gelbfärbung, die am Todestage plötzlich und offenbar massiv ausbrach, erklären.

Fragt man nach der Ursache dieses Krankheitsbildes, so könnte es die Folge einer Knollenblätterpilz- oder einer Phosphor-Vergiftung sein. Anhaltspunkte hierfür haben sich indes nicht ergeben. Sie kann aber - bis heute ungeklärt - auch plötzlich spontan auftreten. Ein Zusammenhang mit der Operation oder den Operationen ist nicht beweisbar. Vielmehr muss man annehmen, dass die Erkrankung auch ohne die Operation zur selben Zeit hätte auftreten können. Einen Kunstfehler wird man daher nicht mit der nötigen Sicherheit nachweisen können.

Verfahrensausgang:

Am 5.Dezember 1973 wurde das Verfahren eingestellt, da ein Verschulden des behandelnden Arztes oder einer anderen Person nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen

werden kann.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.1.25. (L 230/73)

Patient: 59 Jahre, Bäckermeister.

Arzt: Ärzte des Kreiskrankenhauses in einer Stadt von 15.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch unsachgemässe Behandlung.

Anamnese und Verlauf:
Der Patient wurde vom 18.9.1973 bis 24.9.1973 in der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses ... wegen eines Abszesses an der Achillessehne stationär behandelt. Am 28.9.1973 wurde der Patient erneut auf der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses wegen Verdachtes auf Lungenembolie oder Herzinfarkt eingeliefert. Das durchgeführte EKG und die vorgenommenen Blutuntersuchungen bestätigten die angenommene Diagnose nicht. Der Patient befand sich weiter zur Überwachung auf der Inneren Abteilung. Bis zum 18.10.1973 hatte er keine weiteren Beschwerden,kein Fieber; eine Beinvenenthrombose war ebenfalls nicht festzustellen. Am Morgen des 19.10.1973 stellte man bei dem Patienten nach einer Defäkation plötzlich Atemnot, Schweißausbruch und Blutdruckabfall fest. Er wurde sofort auf die Intensivstation gebracht, gegen 06.30 Uhr trat dort der Tod ein. Als Todesursache wurde eine Lungenembolie angenommen.

Sektionsbefund:
Das Lungenfell spiegelnd glatt, glänzend, mit angedeuteter schwarzer Netzzeichnung. Am rechten Unterlappen ein etwa kleinfingerendgliedgroßer, etwas vorgewölbter und hellrötlich verfärbter Bezirk. Nach Einschnitt in dieses Gewebe stellt sich ein etwa kleinfingerendgliedgroßer, hellrötlich derberer Bezirk dar, wobei es sich um untergegangenes Lungengewebe handeln dürfte (Lungeninfarkt). Des weiteren findet sich nach Einschnitt in den Unterlappen der rechten Lunge ein

etwa ebenfalls kleinfingerendgliedgroßer, derberer, hellrötlich verfärbter und über die Oberfläche herausragender Bezirk, wobei es sich ebenfalls um untergegangenes Lungengewebe handeln dürfte. Das Lungengewebe insgesamt ziemlich feucht und blutreich. Nach Präparation der Schlagaderzweige findet sich im linken Hauptast der Lungenschlagader ein etwa kleinfingerdickes, etwa 5 cm langes Blutgerinnsel mit geriffelter Oberfläche; es ist von derber Konsistenz und setzt sich über Verzweigungen in die kleineren Lungenschlagadern fort. Des weiteren finden sich in den angeschnittenen tieferen Verzweigungen der Lungenschlagader der linken Lunge zahlreiche kleinere und größere zentimeterlange, zum Teil fest mit der Gefäßwand verwachsene, zum Teil lockere Blutgerinnsel. Auch in den angeschnittenen tieferen Verzweigungen der Lungenschlagader der rechten Lunge finden sich zahlreiche, unterschiedlich dicke und mehrere Zentimeter lange, ebenfalls zum Teil mit der Gefäßwand anliegende Blutgerinnsel. Der Hauptstamm der rechten Lungenschlagader ist frei.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Nach dem Ergebnis der gerichtlichen Leichenöffnung ist der 59 Jahre alte Patient an einem Herz-Kreislaufversagen infolge Verschleppung von Blutgerinnseln in die Lungen, sogenannte Lungenembolie, verstorben. Nach den an den Lungen erhobenen Befunden ist davon auszugehen, dass diese Lungenembolie schubweise abgelaufen war.

An der rechten Ferse fand sich eine Geschwulstbildung, die sich in der Tiefe verlief; eine eigentliche Abszesshöhle war demgegenüber nicht mehr vorzufinden. Die rechte Achillessehne wies keinen auffälligen Befund auf. Auch in den Blutadern der Beine, insbesondere im rechten Bein, fand sich lediglich flüssiges Blut. Die gerichtliche Leichenöffnung hat insofern die ursprüngliche Gerinnselbildung (= Thrombose), von der die in der Lunge aufgefundenen Blutgerinnsel verschleppt wurden, nicht mehr aufgedeckt.

Weitere krankhafte Organveränderungen, die geeignet gewesen wären, den Tod zu erklären, fanden sich bei der Leichenöffnung nicht.

Verfahrensausgang:
Am 31. Oktober 1973 wurde das Verfahren wegen Verdachtes des nicht natürlichen Todes gemäß § 170/II StPO eingestellt, da irgendein Fremdverschulden nicht ersichtlich war.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.2. Allgemeinmedizinische Fälle

4.2.1. (G 27/66)

Patient: 3 Jahre.

Arzt: Praktischer Arzt in einer Stadt von 90.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Kriminalpolizei.

Vorwurf: 1. Fahrlässige Tötung wegen Unterlassung der sofortigen Unterbringung des verbrühten Kindes in einem Krankenhaus.
2. Unterlassung weiterer Hausbesuche.

Anamnese und Verlauf:
Am 25.11.1965 fiel das 3jährige Kind in einen Topf mit heißem Wasser und zog sich ausgedehnte Verbrühungen III. Grades im Bereich des Gesässes, des Rückens und der Brust zu. Nach etwa einer halben Stunde stellte der Hausarzt schmerzhafte, aber nicht lebensgefährliche Verbrühungen fest. Er ordnete an, das Kind könne zu Hause bleiben. Die Behandlung bestand in trockenen Verbänden und Gabe von Schmerzmitteln. In der Nacht war das Kind unruhig, phantasierte und war später nicht mehr ansprechbar. Die Atmung wurde flach und kurz. Gegen 12.00 Uhr am 26.11.1965 zunehmende Gelbverfärbung des Gesichtes, gegen 12.50 Uhr Eintritt des Todes.

Sektionsbefund:
Extreme Hirnschwellung, Hirnödem und Zeichen starken Hirndruckes, Versagen des Kreislaufes, Plasmaverarmung des Blutes, hypoxämische Verfettung und toxisches Ödem der Leber, Entfettung der Nebennierenrinde.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
1. Die von dem Hausarzt gewählte Behandlung des lebensgefährlich verbrühten Kindes mit Verbänden und schmerzstillenden Mitteln war unzureichend. Das Kind hätte sofort in ein Krankenhaus eingeliefert werden müssen, wo eine notwendige inten-

sive Überwachung möglich gewesen wäre.

2. Bei Art und Umfang der Verbrühung hätte der Hausarzt den angekündigten zweiten Besuch innerhalb der ersten 12 Stunden nach der Verbrühung durchführen müssen, wenn er eine sofortige Krankenhauseinweisung nicht für notwendig erachtet hat. Die Verschlimmerung des Zustandes war nach ärztlicher Erfahrung vorauszusehen.

3. Bei sofortiger oder innerhalb von 12 Stunden erfolgter Krankenhauseinweisung wäre das Kind wahrscheinlich am Leben geblieben. Mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit kann dieser Schluß aber nicht gezogen werden.

Ausgang des Verfahrens:
Einstellung des Ermittlungsverfahrens, da nach dem gerichtsmedizinischen Gutachten weder ausgeschlossen noch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden kann, dass das verbrühte Kind bei rechtzeitiger Einweisung in ein Krankenhaus hätte am Leben erhalten werden können. Aus diesem Grund und nur aus diesem Grund kann gegen den behandelnden Arzt trotz fahrlässigen Verhaltens der Vorwurf, den Tod des Kindes verschuldet zu haben, nicht erhoben werden. Es ist nicht nachzuweisen, dass das fehlerhafte Verhalten des Arztes für den Tod des Kindes ursächlich war.

4.2.2. (L 235/67)

Patient: 3 Jahre.

Arzt: Praktischer Arzt, 48 Jahre, in einer Stadt von 25.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Mutter des Kindes.

Vorwurf: Unterlassene Hilfeleistung.

Anamnese und Verlauf:
Der 3jährige Junge trank am 5.12.1967 gegen 13.30 Uhr eine halbe Flasche Truxaletten-Saft. Dies wurde von der Mutter alsbald bemerkt; sie gab dem Jungen darauf Milch zum Trinken. Anschliessend verständigte sie den Hausarzt, der jecoch zum Zeitpunkt des Anrufes nicht anwesend war. Nochmaliger Anruf 15 Minuten später. Nun gab dieser der Mutter die Auskunft, nach Ansicht des Medikamentenherstellers sei die geschluckte Dosis nicht gefährlich.

Etwas später traf der Hausarzt bei der Familie ein und brachte das Kind ohne eingehende eigene Untersuchung mit der Mutter zum Kinderarzt. Dort fünfmalige Magenspülung. Das Kind war zu diesem Zeitpunkt bereits stark somnolent, die Atmung etwas unregelmässig, der Puls jedoch kräftig und gleichmässig. Anschliessend an die Magenspülung Überführung des Kindes mit dem Sanka in das circa 30 km entfernte Kinderkrankenhaus, wo es bereits tot ankam. Die circa 45 Minuten lang durchgeführten Reanimationsbemühungen blieben erfolglos. Zwischen Aufnahme des Truxalettensaftes und Eintritt des Todes lagen vier Stunden.

Sektionsbefund:
Massives Hirnödem; übrige Organbefunde weniger charakteristisch. Starke Reaktion des lymphatischen Apparates.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Der Junge starb vier Stunden nach der Einnahme einer nicht genau bekannten Menge Truxalettensaft. Die anatomischen Befunde, die bei der Leichenöffnung erhoben und durch die feingewebliche Untersuchung gesichert wurden, decken sich mit einem bereits bekannten Vergiftungsfall. Es ist davon auszugehen, dass der Tod Folge der überdosierten Truxaletten-Einnahme gewesen ist. Eine besondere Überempfindlichkeit kann den Eintritt des Todes begünstigt haben.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Ermittlungsverfahrens mit der Begründung, dass dem Arzt eine strafbare Handlung überhaupt nicht nachweisbar sei. Er habe das Kind sofort nach Eintreffen in der Wohnung in die Praxis des Kinderarztes gefahren und die Behandlung an diesen übergeben. Das Verfahren war somit einzustellen.

4.2.3. (G 115/67)

Patient: 1 Jahr alt.

Arzt: 1. Amtsarzt, Medizinalrat, 58 Jahre, verheiratet.
2. Praktischer Arzt, 34 Jahre, verheiratet.

Anzeigeerstatter: Eltern des verstorbenen Kindes.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung, unterlassene Hilfeleistung.

Anamnese und Verlauf:
Der ein Jahr alte Junge wurde am 28.5.1966 als fünftes Kind geboren, war zeitweise kränklich, litt Ende Oktober 1966 an Keuchhusten, sowie im November 1966 und Februar 1967 an Mittelohrentzündung, spastischen Bronchitiden und grippalen Infekten. Ab Ende Februar 1967 war keine ärztliche Behandlung mehr erforderlich.

Am 30.5.1967 wurde nach vorangehender amtsärztlicher Untersuchung die Pockenschutzimpfung durchgeführt. Obwohl der Junge zehn Tage zuvor noch stark erkältet gewesen sei und gehustet habe, sei er zum Zeitpunkt der Pockenschutzimpfung unauffällig gewesen. Am 6.6.1967 trat nach zunächst normalem Verlauf der Impfreaktion Fieber bis 38° C auf. Am 9.6.1967 waren geschwollene Lymphknoten der rechten Axilla und der rechten Halsseite festzustellen. Am 10.6.1967 trat gegen Mittag eine wesentliche Zustandverschlechterung ein; die Temperatur stieg auf 39° C. Beim Eintreffen des Arztes war das Kind bereits bewußtlos und zeigte keinerlei Schmerzreize mehr. Während der sofort veranlassten Verlegung in die circa 50 km entfernte Universitäts-Kinderklinik starb das Kind. Als Todesursache wurde eine Impf-Encephalitis angesehen.

Sektionsbefund:
Schwere eitrige, teilweise abszedierende Mediastinitis; frische fibrinöse Pleuritis; schwere schleimig eitrige

Bronchitis; septische Milz; encephalitische Veränderungen des Gehirns vom perivenösen Verteilungstyp nach Pockenschutzimpfung.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

1. Der Tod des einjährigen Jungen ist zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Pockenschutzimpfung zurückzuführen.

2. Es ergaben sich keine ausreichenden und überzeugenden Anhaltspunkte dafür, dass die eitrige Bronchitis und die Rippenfellentzündung bereits am Impftag bestanden.

3. Die von dem Amtsarzt durchgeführte Untersuchung war bei Kenntnis der Vorgeschichte ausreichend; da er nach Lymphknotenschwellungen fahndete und keine fand, konnte er von einer Inspektion der Mundhöhle und des Rachens absehen. Außerdem wäre fraglich gewesen, ob bei einer solchen Inspektion die bei der Leichenöffnung nachgewiesene Entzündung der Rachenwand schon zum Zeitpunkt des Impftermins erkennbar gewesen wäre.

Verfahrensausgang:

Am 25. Juli 1968 Einstellung des Verfahrens wegen fahrlässiger Tötung gegen die obengenannten Ärzte.

Gründe:

Ad 1 siehe gerichtsmedizinisches Gutachten, ad 2 Pflicht zur Nothilfe besteht nach § 330 c StGB nur bei Unglücksfällen oder gemeiner Not oder Gefahr. Ein Unglücksfall oder ein von außen kommendes Ereignis lag bei dem kranken Kind nicht vor. Es kann auch nicht bewiesen werden, dass durch das frühere Erscheinen des Beschuldigten oder anderweitige ärztlichen Maßnahmen der Tod hätte abgewandt werden können. Gegen die Einstellung des Verfahrens gegen den Amtsarzt wurde Beschwerde eingelegt, diese aber vom Oberlandesgericht ... als unbegründet verworfen.

4.2.4. (G 149/67)

Patient: 56 Jahre, verheiratet, Ofensetzer.

Arzt: 48 Jahre, verheiratet, praktischer Arzt.

Anzeigeerstatter: Ehefrau des Verstorbenen.

Vorwurf: Ihr Ehemann sei am 23.2.1967 im Kreiskrankenhaus ... verstorben, weil er von dem Beschuldigten, der ihn tagelang erfolglos behandelt habe, aus grober Fahrlässigkeit zu spät in das Krankenhaus eingeliefert worden sei. Dort sei eine Darmverschlingung festgestellt worden, was eine sofortige Operation erforderlich gemacht habe. An den Folgen dieser Operation sei ihr Mann gestorben.

Anamnese und Verlauf:
Am 14.2.1967 gegen 08.00 Uhr teilte die Ehefrau des Verstorbenen dem Nervenfacharzt Dr. ... telefonisch mit, ihr Mann habe seit 03.00 Uhr früh stärkste Schmerzen in der Leistengegend rechts. Da die geschilderten Beschwerden nicht in sein Fachgebiet fielen, bat er den oben angeführten praktischen Arzt um Übernahme und Behandlung des Patienten. Dabei brachte er zum Ausdruck, es könne sich bei dem Patienten um einen Aggravanten handeln. Diese Bemerkung hielt der Nervenfacharzt auf Grund seiner monatelangen erfolglosen Behandlungsversuche wegen Halswirbelschmerzen des Patienten für gerechtfertigt.

Der Allgemeinarzt versprach, den Patienten zu übernehmen und fand bei der Untersuchung am 14.2.1967 gegen 13.00 Uhr einen elend aussehenden Mann vor, dessen Leib überall weich und gut eindrückbar war. Auf Grund der sonst festgestellten Umstände erhob er einen vorerst noch unklaren, aber doch recht erheblichen und schmerzhaften Magenbefund und zog differentialdiagnostisch eine Harnleiterkolik in Erwägung. Therapeutisch wurden Novalgin-Injektionen und Ulcumel verabreicht.

Am 15.2.1967 früh erfolgte ein erneuter Besuch und am Abend desselben Tages auf dringende Bitte der Ehefrau eine nochmalige Untersuchung. Dabei waren nach Angaben der Ehefrau beim Abdrücken der Bauchdecken glucksende Geräusche hörbar. Die Bitte, ihren Ehemann ins Krankenhaus einzuweisen, lehnte der Arzt ab. Am 17.2.1967 wurde der Patient in einem privaten Röntgeninsitut untersucht, die Untersuchung konnte jedoch wegen mehrfachen Erbrechens nicht zu Ende geführt werden. Der Röntgenbefund ergab Hinweise auf ein kleineres Konkrement im rechten Harnleiter, Hinweise auf ein gutartiges Geschwür in der Gegend des Magenausganges und eine Magenschleimhautentzündung. Eine Störung der Dünndarmpassage wurde nicht festgestellt.

Bei einem Besuch am Nachmittag des 16.2.1967 wurde die von der Ehefrau wieder vorgebrachte Bitte, eine Überweisung ins Krankenhaus einzuleiten, abgelehnt. Obwohl die Schmerzen noch mehr zunahmen und das Erbrechen häufiger wurde, wurde die Krankenhausüberweisung noch ein weiteres Mal abgelehnt. Dasselbe wiederholte sich am Morgen des 17.2.1967. Erst auf nochmaliges Bitten am Nachmittag des 17.2.1967 liess sich der beschuldigte Arzt herbei, den Patienten ins Krankenhaus einzuweisen, jedoch nicht vor 16.30 Uhr. Wegen der immer mehr zunehmenden Schmerzen des Ehemannes versuchte die Anzeigeerstatterin den Beschuldigten gegen 16.00 Uhr zur Bestellung eines Krankenwagens zu bewegen. Da dieser zu diesem Zeitpunkt nicht zu Hause anwesend war, wurde die Überführung in das Krankenhaus direkt vom DRK veranlasst.

Im Krankenhaus wurde der Patient sofort untersucht und geröntgt und dabei ein Darmverschluss mit dadurch verursachtem Schockzustand festfestellt. Noch am Abend desselben Tages erfolgte die Laparotomie. Dabei fanden sich Zeichen einer Bauchfellentzündung und ein Gewebsstrang, der Teile des unteren Dünndarmes furchenartig abschnürte. Die darüberliegenden Dünndarmschlingen waren stark gebläht. Der Gewebsstrang wurde entfernt und eine darunterliegende weisslich veränderte Schnürfurche am unteren Anteil des Darmes übernäht. Trotz

Intensivpflege und Gabe von Infusionen, Bluttransfusionen, Antibiotika und Herzmittel starb der Patient am 23.2.1967.

Sektionsbefund:
Keine Sektion.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Dem Beschuldigten wird zur Last gelegt, den an stärksten Bauchschmerzen und Erbrechen leidenden Patienten aus grober Fahrlässigkeit zu spät in das Krankenhaus eingewiesen und damit eine notwendige Operation bis zu einem Zeitpunkt verzögert zu haben, zu dem ärztliche Hilfe zu spät kam.

Bei seinen Hausbesuchen stellte der Beschuldigte folgende Symptome fest: Bauch überall weich und gut eindrückbar, mässiger Meteorismus im Unterbauch, geringer Druckschmerz. Schmerzen im Oberbauch, auch etwas in der linken Seite, Erbrechen. Danach stellte er die Diagnose einer schweren, zunächst noch nicht näher bestimmbaren Magenerkrankung und vermutete außerdem das Vorliegen eines Steines im Harnleiter. Hierzu ist zu sagen, dass eine schwere Harnleiterkolik die angeführten Symptome, insbesondere Erbrechen und Bauchschmerzen sowie eine begleitende Darmlähmung hervorrufen kann.

Auf die gestellte Diagnose deutet auch der am 16.2.1967 erhobene Röntgenbefund. Hierin wird auf Flüssigkeitsspiegel nicht hingewiesen und eine Störung der Dünndarmpassage wird ausdrücklich verneint. Es ist allerdings sehr wahrscheinlich, dass die Kontrastdarstellung des Dünndarmes nicht zu Ende geführt worden ist, im anderen Fall hätte wohl ein unvollständiger Verschluß im unteren Dünndarmbereich nachgewiesen werden müssen. Die klinische Diagnose eines vollständigen Darmverschlusses ist schwierig, nach der Statistik wird die Diagnose eines vollständigen mechanischen Dünndarmverschlusses in mehr als der Hälfte der Fälle nicht rechtzeitig richtig gestellt. Im vorliegenden Falle wurden die Symptome einer Darmabschnürung möglicherweise durch diejenigen eines Harnleiterkonkrementes und einer Magenschleimhautentzündung überlagert.

Es lagen jedoch durchaus Anzeichen vor, die den Verdacht auf einen mechanischen Darmverschluß nahegelegt hätten. So das tagelange Ausbleiben von Stuhl und Winden, das glucksende Geräusch beim Abdrücken der Bauchdecken sowie die seit längerer Zeit bestehenden Verdauungsschwierigkeiten und das Erbrechen. Die Einlassung des Beschuldigten, die Vorgeschichte des Patienten sei ihm unbekannt gewesen, ist insofern wenig stichhaltig, als das Vorhandensein einer Blinddarmoperationsnarbe eines stattgehabten Eingriffes im Bauchraum bewies, was durch eine gezielte Befragung des Patienten im einzelnen auch hätte aufgeklärt werden können. Angesichts der schwierigen Erkennbarkeit eines mechanischen Dünndarmverschlusses sowie der Überlagerung des Krankheitsbildes durch zwei weitere, röntgenologisch diagnostizierte Erkrankungen kann jedoch der Vorwurf eines ärztlichen Kunstfehlers nicht mit der nötigen Sicherheit gemacht werden. Die gewählte Behandlung entsprach im Rahmen der gestellten Diagnose den Regeln der ärztlichen Kunst.

Der Beschuldigte ist einem diagnostischen Irrtum unterlegen. Es kann zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit, nicht aber mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass der Beschuldigte unter Anwendung größerer Sorgfalt die richtige Diagnose früher gestellt hätte.

Es ist zu vermuten, dass die sowohl vom Beschuldigten als auch von der Ehefrau bezeugte Vorstellung, der Patient sei ein Simulant und übertreibe seine Beschwerden, zu einer Verkennung der Schwere des Krankheitsbildes beigetragen hat. Jedoch hätte sich der Beschuldigte angesichts der auch von ihm in Erwägung zu ziehenden lebensbedrohlichen Ursachen seiner eigenen Befunde von dieser Einstellung völlig frei machen und den Patienten angesichts seines Zustandes auch auf einen noch unbewiesenen Verdacht hin in ein Krankenhaus einweisen müssen. Eine sofortige oder mindestens frühere Einweisung in das Krankenhaus, insbesondere eine frühere Operation hätte die Aussichten des Patienten ohne Zweifel wesentlich verbessert. Da jedoch auch bei rechtzeitiger Operation

etwa die Hälfte aller Fälle von Ileus tödlich ausgehen, muss die Frage, ob dieser Ausgang bei früherer Einweisung in das Krankenhaus abzuwenden gewesen wäre, mit Rücksicht auf den schlechten Allgemeinzustand des Patienten offen gelassen werden.

Verfahrensausgang:
Keine Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung, sondern wegen eines Vergehens der fahrlässigen Körperverletzung gemäß §§ 230,232 StGB. Der Beschuldigte wurde zu einer Geldstrafe von 300,-- DM beziehungsweise zu 10 Tagen Gefängnis verurteilt.

Es kann nicht festgestellt werden, dass der Verstorbene bei einer früheren Krankenhauseinweisung gerettet worden wäre. Eine solche Rettung wäre zwar wahrscheinlich, nicht aber sicher gewesen, denn auch bei rechtzeitiger Operation geht etwa die Hälfte aller Fälle bei Darmverschluß tödlich aus. Mit Rücksicht auf den schlechten Allgemeinzustand des Patienten schon zu Beginn der von dem Beschuldigten übernommenen Behandlung kann nicht geschlossen werden, dass er auch bei früherer Krankenhauseinweisung gerettet worden wäre. Das in der mehrfach hartnäckigen Verweigerung der Einweisung zur stationären Aufnahme liegende fehlerhafte Verhalten des Beschuldigten ist daher nicht mit der erforderlichen Sicherheit als ursächlich für den Tod des Patienten nachweisbar. Feststellbar ist nur, dass er durch sein Verhalten die Leiden des Patienten erhöht und verlängert hat und soweit liegt Körperverletzung vor.

Der Angeklagte hat sich eines Vergehens der fahrlässigen Körperverletzung schuldig gemacht. Die Sorgfaltspflichtverletzung besteht darin, dass der Angeklagte nicht spätestens am 16.2.1967 die Einweisung des Patienten ins Krankenhaus veranlasst hat. Die Unterlassung der Einweisung am Morgen des 16.2.1967 bewirkte, dass sich der Allgemeinzustand des Patienten verschlechtert hat, wodurch für ihn die Schmerzen schwerer zu ertragen waren. Bei früherer Einweisung hätten

die Schmerzen gemindert werden können, da der Patient innerhalb von 24 Stunden hätte wesentlich gestärkt werden können. Dies wäre dem körperlichen Wohlbefinden des Patienten erträglicher gewesen.

Da durch das Verhalten des Angeklagten der allgemeine Kräftezerfall gesteigert wurde, liegt eine Körperverletzung vor. Dies hätte der Angeklagte als Arzt erkennen müssen. Er hätte dies als langjähriger praktischer Arzt auch erkennen können, da für eine solche Erkenntnis Spezialkenntnisse nicht erforderlich sind. Der Angeklagte hat somit fahrlässig gehandelt.

Bei der Strafzumessung wurde mildernd berücksichtigt, dass der Angeklagte nicht vorbestraft ist, dass er richtig diagnostiziert hatte, was nicht einfach war, und dass er sich durch die Bemerkung des Nervenfacharztes Dr. ... "der Patient ist ein Aggravant" zunächst hat beeinflussen lassen, was den Angeklagten zwar nicht entschuldigt, aber jedoch die Sache in milderndem Licht erscheinen lässt, nachdem dem Angeklagten der Patient bis dahin unbekannt gewesen war.

Nach einem Beschluß des Bezirksberufsgericht für Ärzte vom 16.11.1968 wurde von der Einleitung eines berufsgerichtlichen Verfahrens Abstand genommen, da der Vorwurf, eines unwürdigen ärztlichen Verhaltens, nicht erhoben werden könne.

4.2.5. (L 97/69)

Patient: 17 Jahre, Lehrling.

Arzt: Praktischer Arzt, 58 Jahre,
Facharzt für Chirurgie, 56 Jahre, Chefarzt des Krankenhauses in einer Stadt von 4.400 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch Unterlassung.

Anamnese und Verlauf:
Der 17jährige Junge erlitt am Nachmittag des 29.6.1969 im Laufe eines Fußballspieles eine derart heftige stumpfe Gewalteinwirkung gegen die rechte Schläfenseite, dass er vorübergehend das Bewußtsein verlor und unter krampfartigen Zuckungen am Boden lag. Als der daraufhin herbeigerufene Arzt etwa 15 Minuten später am Fußballplatz eintraf, hatten die Krämpfe schon aufgehört, der Junge war wieder bei Bewußtsein und auch wieder ansprechbar. Er wurde jedoch vorsorglich mit einem Krankenwagen in das Städtische Krankenhaus ... gebracht, dort aber gegen 15.00 Uhr in Hauspflege entlassen, nachdem eine gründliche klinische Untersuchung keinen Anhalt für eine Schädelfraktur ergeben hatte. Eine Röntgenaufnahme des Schädels wurde für nicht notwendig erachtet. Der Chefarzt ordnete jedoch wegen der Gehirnerschütterung strengste Bettruhe an und legte der Mutter des Verletzten nahe, sofort den Hausarzt zu rufen, falls eine Verschlechterung im Befinden ihres Sohnes eintrete, insbesondere, wenn sich sein Bewußtsein trüben oder er dauernd erbrechen sollte.

Da der Junge dann zu Hause tatsächlich dreimal erbrach und die Mutter den Eindruck hatte, ihr Junge verfalle immer mehr in einen Dämmerzustand, wurde gegen 16.30 Uhr der Hausarzt verständigt, der sich unverzüglich einfand und die sofortige Überführung des Jungen in das Kreiskrankenhaus ...

veranlasste. Dort wurde er gegen 18.00 Uhr erneut genau untersucht. Dabei wurden insbesondere auch Röntgenaufnahmen des Schädels gemacht, auf denen jedoch keine Schädelfraktur zu erkennen war, so dass es zweckmässig erschien, die weitere Entwicklung des Zustandes des Patienten abzuwarten, da die an ihm festgestellten Symptome auch Folgen allein einer Hirnquetschung sein konnten.

Der Zustand des Patienten blieb im Laufe der Nacht unverändert; erst gegen 06.00 Uhr morgens trat zunehmende Verschlechterung ein, weshalb gegen 08.30 Uhr eine Schädeltrepanation durchgeführt wurde. Bei dieser Operation wurde eine Schädelfraktur, nämlich eine Impressionsfraktur am rechten Schläfenbein und darunter eine epidurale Blutung festgestellt. Trotz der Operation konnte der Junge nicht mehr gerettet werden, er starb gegen 15.12 Uhr im Kreislaufversagen als Folge des Hirndruckes, verursacht durch die epidurale Blutung.

Sektionsbefund:
Handtellergroße Blutunterlaufung in den lockeren Schichten der Kopfschwarte im Bereich der rechten Schläfengegend. Trepanationslücke im rechten Schläfenbereich. Restliche Blutgerinnsel auf der darunterliegenden prallgespannten harten Hirnhaut. Pflaumengroßer Quetschungsbezirk der Hirnrinde an der Außenseite des rechten Schläfenlappens. Starke Hirnschwellung mit beträchtlicher Abflachung der Hirnwindungen. Fleckförmige Blutungen unter die inneren Hirnhäute im Brückenbereich.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Der 17jährige Junge hatte auf dem Fußballplatz nicht nur einen t-förmigen Schädelbruch im rechten Schläfenbein, sondern auch nach dem Ergebnis der Leichenöffnung eine pflaumengroße Quetschung der Hirnrinde am rechten Schläfenlappen erlitten. Wenn er nach der Verletzung niederstürzte, circa 15 Minuten bewußtlos war und krampfte, dann waren diese Erscheinungen Folge der Hirnquetschung und noch nicht Folge

der sich erst später allmählich ausbreitenden epiduralen Blutung.

Die Frage ist nun, ob die behandelnden Ärzte durch die geeigneten Maßnahmen den Tod hätten abwenden können.

Hierzu ist zu bemerken, dass sich die Erscheinungen bei dem Patienten erst allmählich und nicht in der bei epiduralen Blutungen zu erwartenden Zeitspanne ausgebildet haben, so dass Irrtümer möglich und nicht vermeidbar sein können. Dennoch ist das Verhalten des praktischen Arztes merkwürdig. Es erweckte den Anschein, dass er bei der Untersuchung und den anschliessenden Maßnahmen nicht die erforderliche ärztliche Sorgfalt hat walten lassen.

Wenn jemand 15 Minuten bewußtlos ist und krampft, dann kann man nicht den Unfall für nicht sehr gravierend halten und den Betreffenden nach Hause bringen lassen. Als Arzt muss man sich bei der Diagnose Gehirnerschütterung immer darüber im Klaren sein, dass das Gehirn durch Prellung oder Quetschung in Mitleidenschaft gezogen worden ist, und dass dementsprechend eine sorgfältige Beobachtung des Verunglückten geboten ist.

Dass der Junge trotzdem ins Krankenhaus gebracht wurde, ist nur der selbständigen Handlung eines Zeugen, welcher einen Krankenwagen bestellt und einen dementsprechenden Vorschlag gemacht hatte, zu verdanken. Sonach wird, auch wenn das Verhalten auf dem Fußballplatz merkwürdig ist, nichts Stichhaltiges in strafrechtlicher Hinsicht gegen den praktischen Arzt einzuwenden sein, da er die Behandlung an den Chefarzt des Krankenhauses ... abgegeben hatte.

Dieser hat ganz offensichtlich den Jungen gründlich untersucht und ebenfalls die Diagnose Gehirnerschütterung gestellt. In dieser Zeit waren nachhaltige Erscheinungen durch die epidurale Blutung noch nicht unbedingt zu erwarten. Freilich wäre es sinnvoll gewesen, den Schädel zu röntgen, um

einen Bruch und damit den Verdacht einer epiduralen Blutung auszuschliessen. Ein Bruch konnte infolge der vorangegangenen Operation bei der Leichenöffnung nicht mehr nachgewiesen werden. Er war aber auch nicht auf der im Krankenhaus ... gefertigten Röntgen-Aufnahme zu erkennen, so dass rückblickend zugunsten der Ärzte gefolgert werden muss, dass es sich um einen feinen Sprung gehandelt hatte, der auch auf Röntgen-Aufnahmen nicht sicher nachzuweisen war. Es ist fraglich, ob bei einer im Krankenhaus ... gefertigten Röntgen-Aufnahme des Schädels der Bruch zu erkennen gewesen wäre. Auf Grund der Tatsache, dass die Mutter des Jungen zu sorgfältigster Beobachtung angehalten wurde, und auf Grund der Tatsache, dass die epidurale Blutung einen eigentümlichen, von der Zeitregel abweichenden Verlauf nahm, wird man dem Beschuldigten nicht den Vorwurf machen können, er habe gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen und den Tod des Jungen verursacht.

Verfahrensausgang:
Am 13. Dezember 1969 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung eingestellt, da bei der gegebenen Sachlage niemandem ein strafbares Verschulden am Tod des Jungen zur Last gelegt werden konnte.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.2.6. (L 157/69)

Patient: 7 Monate alt.

Arzt: Praktische Ärztin, 68 Jahre, in einer Stadt von 90.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Mutter des Kindes.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch verspätete Klinikeinweisung.

Anamnese und Verlauf:
Am 5.11.1969 hatte der sieben Monate alte Junge zwischen 17.00 Uhr und 18.00 Uhr eine Tasse heißen Kaffee umgeworfen und sich am rechten Unterarm und am rechten Knie verbrüht. Die Verbrühungen wurden von der beschuldigten Ärztin mit Verbänden versorgt. In der Nacht vom 7. zum 8.11.1969 soll der Junge unruhig gewesen sein und gestöhnt haben. Am Morgen des 8.11.1969 wurden 39,5° C Fieber gemessen und deshalb Fieberzäpfchen gegeben. Nachmittags wurde nach Gabe einer Rectiole Stuhl entleert. In der Nacht zum 9.11.1969 soll der Junge wiederum gestöhnt haben.
Am Morgen des 9.11.1969 wurden 38,9° C Fieber gemessen. Die Haut fühlte sich kühl an. Da der Junge zunehmend schwitzte, wurde er zur Weiterbehandlung wegen Otitis und Kreislaufschwäche bei Verbrennungen II. Grades in die Kinderklinik ... überwiesen. Hier wurden um 13.10 Uhr ein aufgetriebener Leib, eine Temperatur von 38,5° C und ein Herzschlag von 200 pro Minute festgestellt. Wegen des schlechten Allgemeinzustandes wurde sofort ein Dauertropf angelegt und der Darm entleert. Trotzdem kam es alsbald zu Atem- und Herzstillstand. Wiederbelebungsversuche blieben erfolglos.

Sektionsbefund:
13 : 8 cm große Hautwunde mit in Fetzen abgehobener Oberhaut und 4 bis 5 mm breitem Demarkationssaum an der Vorder- und Innenseite des rechten Ober- und Unterschenkels rund um

das Kniegelenk. Ovale 5 : 3,5 cm große, gerötete und grau getüpfelte Hautmarke mit rötlich violettem Demarkationssaum an der Streckseite des rechten Unterarmes. Angedeutet quadratischer, grobfleckig graugelb und blauviolett marmorierter Schädel. Blutfülle der Lungen, einzelne stecknadelkopfgroße Blutaustritte unter dem Lungenfell. Fragliche zentrale Leberverfettung. Deutliche Schwellung der vergrößerten rechten, Mißbildung der linken Niere (Zystenniere). Der histologische Befund der Niere zeigte Nierenkörperchen vom frühkindlichen Typ, mit praktisch leeren Gefäßschlingen. Die Zellen der gewundenen Harnkanälchen stark geschwollen, teilweise untergründig staubförmig verfettet. Die Lichtungen vollends verschlossen. Henlesche Schleifen und Schaltstücke weisen zahlreiche feintropfig verfettete Zellen auf. In den Lichtungen der Ausführungsröhrchen kein fremder Inhalt. Das Zwischengewebe nicht vermehrt, jedoch aufgelockert, ödematös durchtränkt und von kleinen Rundzellen durchsetzt; die Haargefäße prall mit roten Blutkörperchen ausgefüllt. Im Rindengebiet finden sich rund um einzelne Gefäße, frische zum Teil ziemlich große Blutaustritte.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Nach den Ergebnissen der gerichtlichen Leichenöffnung sowie der feingeweblichen Untersuchungen kann davon ausgegangen werden, dass der Tod infolge eines Nierenversagens eingetreten ist. Dieses Nierenversagen wiederum ist eine bekannte Folge bei Verbrennungen oder Verbrühungen, so dass auch im vorliegenden Fall ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den Verbrühungen und dem Eintritt des Todes besteht.

Die Beschuldigte lässt sich dahingehend ein, die 7 : 15 cm große blasige Brandwunde, die sie mit einer Hydrocortisonsalbe versorgt hätte, sei kein Anlaß gewesen, das Kind in eine Klinik einzuweisen, da die betroffene Hautoberfläche gering gewesen wäre und Verbrennungen beziehungsweise Verbrühungen bis 5 % der Körperoberfläche ambulant zu behandeln wären.

Allerdings entspricht es allgemeiner ärztlicher Erfahrung, dass Kinder und vor allem Säuglinge wegen der verhältnismässig geringen Hautoberfläche besonders gefährdet sind und daher bei der Behandlung besonderer Sorgfalt bedürfen. Bekannt und gefürchtet sind bei der "Verbrennungskrankheit" die Blässe der Haut, hohe Pulsfrequenz, Fieber und eine spärliche Harnproduktion. Es ist also zu prüfen, ob die Beschuldigte die notwendige Sorgfalt hat walten lassen, zumal die beschriebenen Erscheinungen besonders am dritten bis fünften Tag nach der Verletzung zu erwarten sind.

Die Beschuldigte gibt hierzu an, das Kind sei ihr am Vormittag des 6.11.1969 in der Sprechstunde vorgestellt worden, der Kreislauf sei normal gewesen, von einer Fiebermessung habe sie wegen mangelnder Anzeichen Abstand genommen. Die nächste Behandlung erfolgte erst am 8.11.1969 gegen 18.00 Uhr, obwohl der Ärztin schon am Vormittag telefonisch mitgeteilt worden war, das Kind habe 39° C Fieber und keinen Stuhlgang. Es ist verwunderlich, dass die Ärztin sich zunächst mit der Verordnung von Fieberzäpfchen begnügte und bei der Vorgeschichte eine Verbrennungskrankheit nicht in Erwägung zog. Es ist ohne nähere Kenntnisse der Umstände zumindest auf den ersten Blick auffällig, dass das Kind am Nachmittag bei der Untersuchung gegen 18.00 Uhr fieberfrei und kreislaufmässig unauffällig gewesen sein soll.

Die Beschuldigte ist bei der Behandlung des Kindes einem Irrtum zum Opfer gefallen, indem sie am 8.11.1969 eine Rötung beider Trommelfelle als beginnende Mittelohrentzündung deutete und außerdem eine beginnende Halsentzündung feststellte. Sie richtete danach ihre Behandlung ein und liess eine Verbrennungskrankheit weiterhin außer Betracht. Tatsächlich wies das rechte Trommelfell bei der Leichenöffnung eine gerötete Aderzeichnung auf. Eine Halsentzündung fand sich dagegen nicht, wohl aber mikroskopisch eine Entzündung der oberen Luftwege.

Die wesentliche Frage ist nun, ob das Kind, wäre es nicht

erst am 9.11.1969, sondern bereits am Abend des 8.11.1969 in die Klinik eingeliefert worden, durch geeignete Behandlung am Leben geblieben wäre. Hierzu ist auszuführen, dass das Kind nur über e i n e funktionsfähige Niere verfügte, während die andere mißgebildet und damit praktisch funktionsuntüchtig war. Unter diesen Umständen wirkte die kranke Niere wie eine Achillesferse, das heißt sie war von vornherein die Stelle der drohenden Lebensgefahr. Im Hinblick auf die verhältnismässig kleine Hautwunde war der Krankheitsverlauf sehr rasch, er führte am vierten Tag zum Tode, weil eben nur die eine Niere der schweren Belastung nicht gewachsen war. Aus diesem Grund wird sich auch nicht mit der für die strafrechtliche Beurteilung erforderlichen Sicherheit beweisen lassen, dass das Kind bei Einlieferung in die Klinik am 8.11.1969 zu retten gewesen wäre.

Verfahrensausgang:
Mit einer Verfügung vom 10. Juni 1970 wurde der Anzeige gegen die praktische Ärztin keine Folge gegeben, da Anhaltspunkte für ein strafbares Verschulden nicht vorliegen. Zur Begründung wurde das gerichtsmedizinische Gutachten herangezogen.

4.2.7. (G 101/70)

Patientin: 56 Jahre, Hausfrau.

Arzt: Praktischer Arzt in einer Stadt von 13.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst.

Anamnese und Verlauf:
Der Ehemann der Verstorbenen gab an, seine Frau habe sich etwa vier Wochen vor ihrem Tode einen Holzsplitter in den rechten Zeigefinger gerissen. Sie hatte die kleine Wunde mit Heftpflaster versorgt und keinen Arzt aufgesucht. Circa 14 Tage später traten plötzlich beim Kauen Schmerzen in den Kiefergelenken sowie auch im Nacken auf. Der hinzugezogene Arzt hielt die Beschwerden zunächst für eine Erkältung, bestrahlte und verabfolgte zwei Spritzen in den Nacken. Im Laufe des Tages (30.5.1970) sei die Frau infolge sich verstärkender Beschwerden bettlägerig geworden; sie brachte den Mund kaum noch auf. Abends Gabe einer Rheumaspritze durch den Arzt, der den Hinweis der Schwägerin, es könnte sich um Wundstarrkrampf handeln, nicht beachtete. Erst in der folgenden Nacht erfolgte die Einweisung in das Krankenhaus ..., wo die Diagnose Wundstarrkrampf gestellt und die Weiterverlegung in die Chirurgische Universitätsklinik ... veranlasst wurde.

Patientin traf dort völlig verkrampft und fast am Ersticken ein. Nach künstlicher Beatmung trat am 9.6.1970 eine vorübergehende Besserung, am 11.6.1970 wieder eine Verschlechterung und am 12.6.1970 um 08.40 Uhr der Tod ein. Zusätzlich zu der Tetanusinfektion litt die Patientin noch an Hypertonie sowie an einer Zystenleber und Zystenniere.

Sektionsbefund:
Keine Sektion.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Nach Lage der Akten hat sich der beschuldigte Arzt in seiner Diagnose geirrt und die wahre Erkrankung, nämlich den Wundstarrkrampf, nicht erkannt, obwohl die von dem Ehemann geschilderten Erscheinungen ihn an diese Infektion zumindest am Nachmittag bei der zweiten Untersuchung am Krankenbett hätten denken lassen müssen. Sollte sich ein Ermittlungsverfahren wegen fahrlässiger Tötung anbahnen, so lässt sich nicht mit der nötigen Sicherheit nachweisen, dass die Patientin am Leben geblieben wäre, wenn die Erkrankung bereits bei der ersten und zweiten Untersuchung richtig diagnostiziert und behandelt worden wäre.

4.2.8. (L 167/69)

Patient: 47 Jahre, Steinmetzmeister.

Arzt: 46 Jahre, praktischer Arzt in einer Stadt von 10.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch unterlassene Hilfeleistung.

Anamnese und Verlauf:
Am 3.12.1969 nahm der 47jährige Steinmetzmeister gegen 22.30 Uhr in alkoholisiertem Zustand 20 Tabletten eines gebräuchlichen Schlafmittels zu sich. Anschliessend setzte er sich auf einen Stuhl; einige Minuten später fiel sein Kopf schwer auf die Tischplatte. Da der Patient bereits früher häufig Alkohol und Schlaftabletten gemeinsam eingenommen hatte, das jetzige Verhalten aber keine Ähnlichkeit mit früheren Zuständen zeigte, versuchte die Ehefrau des Patienten den beschuldigten Arzt zu erreichen und um eine Überweisung ins Krankenhaus zu bitten. Die Ehefrau meldete sich an der Haussprechanlage des Arztes und sagte diesem, dass ihr Mann Tabletten geschluckt habe. Der Arzt fragte, ob Alkohol im Spiel sei, was die Ehefrau bejahte. Auf Frage, was zu tun sei, erwiderte der Arzt, sie möge den Hausarzt, der zuständig sei, anrufen.

Der Hausarzt konnte nicht erreicht werden; auch der dritte Versuch, einen Arzt zu erreichen, scheiterte. Daraufhin versuchte die Ehefrau, ihren Mann direkt durch das Deutsche Rote Kreuz in das Krankenhaus ... bringen zu lassen; auch dieser Versuch scheiterte. Erst gegen 24.00 Uhr gelang es, einen Rotkreuzwagen nach Hause zu bekommen; zu diesem Zeitpunkt war der Ehemann bereits tot.

Sektionsbefund:
Blutfülle und Schwellung des Gehirns. Trübung der inneren

Hirnhäute, Verschmälerung der Hirnwindungen, vorwiegend im beiderseitigen Scheitelbereich. Kleinblasiger Schaum in der Luftröhre. Anthrakose sowie starke Blutfülle und Feuchtigkeitsdurchtränkung der Lungen. Beträchtliche Stauung des rechten Vorhofes. Stauung der Bauchorgane. Verklumpte und körnige Tablettenbestandteile im Magen und Zwölffingerdarm.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Die chemisch-toxikologische Untersuchung hat den bereits bei der Leichenöffnung geäußerten Verdacht, der 47 Jahre alte Steinmetzmeister sei an einer kombinierten Alkohol-Schlafmittel-Vergiftung gestorben, bestätigt, denn es wurden in den Organen und Körperflüssigkeiten wie auch im Magen- und Darminhalt jene Wirkstoffe nachgewiesen, die in dem eingenommenen Schlafmittel (vorwiegend Carbromal) enthalten sind. Aus der Verteilung der Wirkstoffe in den einzelnen Organen geht hervor, dass die Vergiftung rasch abgelaufen ist, das heißt, dass zwischen Einnahme der Tabletten und Eintritt desTodes nur eine kurze Zeitspanne verstrichen ist. Normalerweise ist bei den eingenommenen Tabletten der Vergiftungsablauf nicht so rasch wie im vorliegenden Fall. Tritt aber eine Alkoholwirkung hinzu, so sieht man immer wieder kurzdauernde Vergiftungsabläufe. Der Patient wies im Blut einen Alkoholspiegel von mindestens 2,43 %o auf; er müsste sonach einige Stunden vor dem Tod einen Blutalkoholgehalt von etwa 3 %o aufgewiesen haben.

Die Frage ist nun, ob der Patient zu retten gewesen wäre, wenn rechtzeitige Hilfe am Platz gewesen wäre. Nach Angaben der Polizei ist etwa eine Stunde zwischen der Einnahme der Schlaftabletten und dem Anruf der Ehefrau bei dem beschuldigten Arzt vergangen. In dieser Zeit war jedoch die Vergiftung soweit vorangeschritten, dass ärztliche Hilfe den Tod sicherlich nicht mehr hätte abwenden können, selbst wenn der Arzt die Behandlung übernommen hätte. Dennoch erscheint es nach Lage der Dinge unverständlich, dass der beschuldigte Arzt die

Übernahme der Behandlung ablehnte, da er offenbar die Gefahrensituation erkannt hatte.

Wäre ärztliche Hilfe unmittelbar nach Einnahme der Tabletten gerufen worden, so wäre, da die Umstände des Falles bekannt waren, das heißt die Diagnose feststand, bei gezielter Therapie, - Magenspülung, Weckmittel, Stützung des Kreislaufes -, die Aussicht auf Rettung groß gewesen. Ob der Patient indes mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit am Leben geblieben wäre, kann im Hinblick auf die gemeinsame Wirkung von Alkohol und Schlafmittel nicht gesagt werden.

Verfahrensausgang:
Am 14. Oktober 1970 wurde das Verfahren wegen unterlassener Hilfeleistung eingestellt, da die Abwendung des Todes durch ärztliche Hilfe mit Sicherheit nicht mehr möglich gewesen wäre, selbst wenn der Beschuldigte sofort die Behandlung übernommen hätte (siehe gerichtsmedizinisches Gutachten).

4.2.9. (L 123/71)

Patientin: 20 Jahre, Studentin.

Arzt: 59 Jahre, praktische Ärztin in einer Stadt von 80.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Vater der Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Der Patientin wurden am 23.6.1971 gegen 23.45 Uhr in beide Oberarme jeweils etwa die Hälfte, insgesamt 0,5 ml Tetanol zur Auffrischung injiziert. Danach lief sie blau an, krampfte und wurde bewußtlos; sie wurde durch die beschuldigte Ärztin entsprechend versorgt, jedoch ohne Erfolg. Am 24.6.1971 gegen 00.20 Uhr wurde die Patientin in leblosem Zustand ins Krankenhaus eingeliefert. Die Wiederbelebungsversuche verliefen erfolglos.
Der Ärztin war bekannt, dass bei der Patientin bereits seit frühester Jugend immer wieder leichte Asthmaanfälle auftraten.

Sektionsbefund:
Akutes Herz-Kreislaufversagen; organische Ursachen für dieses akut eingetretene Kreislaufversagen nicht festzustellen.

Insbesondere fand sich eine Einatmung von Speisebrei, eine hochgradige Stauung der inneren Organsysteme sowie ein im übrigen altersentsprechender Befund.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
1. Nach dem Ergebnis der durchgeführten Untersuchungen ist die 20jährige Studentin an einem sogenannten anaphylaktischen Schock nach Tetanolimpfung gestorben. Hierbei kommt der asthmatoiden Konstitution der Patientin eine entscheidene Bedeutung für die Entwicklung des Krankheitsbildes zu.

2. Komplikationen und insbesondere tödliche Zwischenfälle nach Tetanolinjektionen gehören zu den extremen Seltenheiten. Allgemein wird d i e s e Impfmethode als die sicherste und zuverlässigste überhaupt angesehen. Im vorliegenden Fall war auch unter Berücksichtigung der besonderen Bedingungen ein derartiger tödlicher Zwischenfall nicht vorhersehbar.

3. Angesichts der schlechten Prognose des anaphylaktischen Krankheitsbildes war der tödliche Geschehensablauf unter den bestehenden Voraussetzungen nicht zu beeinflussen.

4. Aus gerichtsärztlicher Sicht war eine Einwilligung der Eltern der Studentin für die vorgenommene Tetanusimpfung nicht erforderlich.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Ermittlungsverfahrens gegen die Ärztin gemäß § 170/II StPO aufgrund des gerichtsmedizinischen Gutachtens.

4.2.1o. (L 112/72)

Patientin: 40 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Arzt: 49 Jahre, männlich, praktischer Arzt in einer Stadt von 5.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Vergehen der unterlassenen Hilfeleistung.

Anamnese und Verlauf:
Die Patientin stand wegen Bluthochdrucks bereits seit etwa drei Monaten in ärztlicher Behandlung. Sie klagte beim Bücken häufig über Schwindelerscheinungen, zuletzt am 17.6.1972.

Am Morgen des 18.6.1972 wurde die Patientin bewußtlos auf der rechten Körperseite liegend und aus einer Wunde am Kopf blutend in der Wohnung aufgefunden. Sie soll etwa fünf Minuten später das Bewußtsein wieder erlangt haben. Dem gegen 08.00 Uhr in der Wohnung erscheinenden Arzt habe sie, inzwischen wieder ansprechbar, berichten können, wie sie sich verletzt habe. Die circa 1 cm lange Rißquetschwunde am Kopf wurde geklammert, zur Kreislaufregulation eine Spritze verabreicht und strenge Bettruhe verordnet. Im Falle einer Verschlechterung des Zustandsbildes solle der Ehemann den Arzt sofort verständigen. Die Bitte des Ehemannes, seine Frau doch in ein Krankenhaus einzuweisen, lehnte der Hausarzt mit der Begründung ab, dies sei im Hinblick darauf, dass die Patientin wieder bei vollem Bewußtsein sei, nicht erforderlich.

Im Laufe des Vormittags klagte die Patientin über starke Kopfschmerzen und verlangte nach Schmerztabletten, weshalb der Ehemann gegen 11.30 Uhr den Hausarzt fernmündlich zu erreichen versuchte, was ihm indes nicht gelang. Eine Stunde später lehnte der Arzt telefonisch eine Gabe von Schmerzta-

bletten ab.Gegen Nachmittag desselben Tages atmete die Patientin nur noch schwer, gegen 19.30 Uhr röchelnde Atmung und Bewußtlosigkeit. Gegen 20.30 Uhr erschien der Hausarzt unaufgefordert und ordnete, nachdem er den Zustand der Patientin erkannt hatte, die unverzügliche Einweisung in die Neurochirurgische Universitätsklinik ... an, wo die Patientin gegen 22.00 Uhr eingeliefert wurde. Trotz unmittelbar darauffolgender Operation starb die Patientin am 19.6.1972 gegen 18.35 Uhr, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben.

Sektionsbefund:
Massives subdurales Hämatom, hypertrophische grobknotige Leberzirrhose.

Gerichtsmedizinisches Gutachten. Fragestellung:
1. Hätte der Beschuldigte auf Grund des ihm bekannten Zustandes der Patientin (Bewußtlosigkeit nach Sturz) bereits bei seinem ersten Krankenbesuch am Sonntag, dem 18.6.1972, gegen 08.00 Uhr oder jedenfalls nach dem erneuten Anruf des Ehemannes der Verstorbenen gegen 13.00 Uhr mit der Möglichkeit einer sogenannten subduralen Blutung rechnen und die unverzügliche Einweisung der Patientin in die Chirurgische Universitätsklinik ... anordnen müssen, sich mithin in seinen Maßnahmen nicht auf eine bloße Wundversorgung und Verordnung von Bettruhe hätte beschränken dürfen?

2. Wäre die Verstorbene
a) mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit,
b) mit Wahrscheinlichkeit oder
c) nur möglicherweise bei sofortiger Krankenhauseinweisung zu retten gewesen?

Bei der gerichtlichen Leichenöffnung fand sich eine umfangreiche subdurale Blutung, die zu einem massiven Hirndruck, blutigen Erweichungen umschriebener Hirnbezirke und schliesslich zu einem zentralen Herz- und Kreislaufversagen geführt hat. Diese Blutung war Folge einer heftigen stumpfen Gewalteinwirkung, die nach den Umständen des Falles bei dem Sturz

am Hinterkopf angesetzt und einen Abriß zweier Brückenvenen an der Mantelkante des linken Stirnlappens zur Folge gehabt hatte. Sonach bestehen keine Zweifel, dass der Sturz am Morgen des 18.6.1972 den Tod herbeigeführt hatte.

Blutungen zwischen die Hirnhäute, - insbesondere dann, wenn es sich um venöse Blutungen handelt -, breiten sich langsam aus und führen erst nach Stunden zur Hirndruckerscheinungen. Dieser Verlauf ist als freies Intervall bekannt und auch gefürchtet. Erfährt der Arzt von einem solchen Geschehensablauf - Sturz mit dem Kopf auf den Fußboden, keine Erinnerung an den Vorfall - so muss er nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst die Entstehung einer Blutung unter die harte Hirnhaut oder zwischen die Hirnhäute in seine Überlegungen einbeziehen. Wenn dann wenige Stunden nach dem Sturz über starke Kopfschmerzen geklagt wird und wenn etwa fünf bis sechs Stunden später die Nachricht kommt, der Verletzte schläft, dann muss für den Arzt Gefahr im Verzuge sein.

Im vorliegenden Fall hatte der Beschuldigte bereits morgens, nachdem er die Wunde versorgt hatte, strenge Bettruhe angeordnet. Er tat dies offenbar wegen der Gehirnerschütterung, deren Folge die Erinnerungslosigkeit gewesen war. Er trug dem Ehemann auch auf, ihn zu verständigen, falls sich der Zustand verschlechtern würde. Ein solcher Auftrag an einen medizinischen Laien ist verständlicherweise aus der Sicht eines Arztes stets doppelköpfig, denn wie soll der Laie ohne entsprechende Kenntnisse eine Zustandverschlechterung, so das Eintreten der Bewußtlosigkeit, erkennen. Im übrigen waren auch die starken Kopfschmerzen ein deutliches Zeichen, so dass der Beschuldigte hätte aufmerksam werden müssen, als er davon erfuhr. Es wäre seine Pflicht gewesen, - auch wenn er im Sonntagsdienst laufend zu tun hatte -, sich an das Krankenbett der Patientin zu begeben und sich von ihrem Zustand zu überzeugen.

Die weitere Frage, mit welchem Grad der Wahrscheinlichkeit die Patientin am Leben geblieben wäre, wenn man sie recht-

zeitig operiert hätte, ist eine Frage nach der Zeit. Grundsätzlich kann man feststellen, dass derartige Operationen kein grosses Risiko darstellen. Der Erfolg, das heißt die Überlebenschance, ist um so größer, je eher eine solche Blutung erkannt und operativ beseitigt wird.

Man wird dem Beschuldigten in diesem Zusammenhang keinen Vorwurf machen können, wenn er die Patientin morgens noch nicht in die Klinik einwies, denn auch der Kliniker hätte erst anhand des Erscheinungsbildes die Blutung diagnostiziert und dies war offenbar erst in den späten Vormittagsstunden der Fall. Hätte der Beschuldigte indes die Patientin in der Mittagszeit nochmals untersucht und die Einweisung in die Klinik veranlasst, dann wäre mit hoher bis sehr hoher Wahrscheinlichkeit eine Überlebenschance gegeben gewesen. Es wäre indes bei der unterschiedlichen Auffassung der Juristen und der Mediziner über den Wahrscheinlichkeitsbegriff eine Prophezeiung, wollte man sagen, dass die Patientin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit am Leben geblieben wäre.

Verfahrensausgang:
Am 12.12.1972 wurde in der Anzeigensache gegen den Beschuldigten wegen Verdachts der fahrlässigen Tötung beziehungsweise der unterlassenen Hilfeleistung das Verfahren eingestellt.

1. Dem Beschuldigten war durch die Übernahme der Behandlung eine Garantenstellung zugefallen, kraft derer er zur Abfindung von Tod und Gesundheitsschaden der Patientin tätig werden musste. Er war deshalb verpflichtet, die nach den gegebenen Umständen gebotenen Maßnahmen zu treffen. Dies hat der Beschuldigte nicht getan (siehe Gutachten). Es ist somit festzustellen, dass der Beschuldigte pflichtwidrig die nochmalige Untersuchung der Patientin und damit ihre unverzügliche Krankenhauseinweisung, deren Notwendigkeit sich bei einer nochmaligen rechtzeitigen Untersuchung ergeben hätte, unterlassen hat.

2. Dem Beschuldigten kann jedoch der Tod der Patientin in strafrechtlicher Hinsicht nur dann zugerechnet werden, wenn die rechtzeitige Vornahme der Krankenhauseinweisung den Eintritt des Todes verhindert haben würde und nicht etwa jede ärztliche Bemühung vergeblich gewesen wäre. Die unterlassene Maßnahme muss also nicht hinzugedacht werden, ohne dass zugleich der Erfolg entfiele. Zur Nachweisbarkeit dieses Ursachenzusammenhangs verlangen Literatur und Rechtsprechung, dass eine an Gewißheit grenzende Wahrscheinlichkeit dafür besteht, dass der Erfolg bei einem pflichtgemäßen Verhalten ausgeblieben wäre. Dieser Nachweis kann im vorliegenden Fall nicht geführt werden. Der Sachverständige kommt in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, dass die Patientin mit hoher bis sehr hoher Wahrscheinlichkeit am Leben geblieben wäre, wenn sie in den Mittags- oder frühen Nachmittagsstunden des 18.6.1972 operiert worden wäre. Mit der erforderlichen an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit vermochte er diese Feststellung entgegen nicht zu treffen.

3. Dem Beschuldigten kann auch nicht eine unterlassen Hilfeleistung nach § 330 c StGB nachgewiesen werden. Zwar bezieht sich die Erforderlichkeit der Hilfeleistung nicht nur auf das ob, sondern auch auf das Ausmaß derselben; das heißt es muss also auch das zur zweckmässigen Hilfeleistung Erforderliche getan werden, was hier bereits ausgeführt wurde, der Beschuldigte unterlassen hat. Dem Beschuldigten kann jedoch in soweit eine vorsätzliche Tatbegehung zumindest nicht nachgewiesen werden. Zu diesem Vorsatz gehört neben der Kenntnis des Unglücksfalles auch die Kenntnis der Erforderlichkeit der unterlassenen Maßnahmen. Dagegen kann dem Beschuldigten nur nachgewiesen werden, dass er fahrlässig den zum Tod der Patientin geführten Krankheitsverlauf falsch beurteilt und den drohenden Erfolg nicht bedacht hat. Bei dieser Sachlage war das Verfahren gegen den Beschuldigten nach § 170/II StGB aus tatsächlichen Gründen einzustellen, da ein strafbares Verhalten des Angeschuldigten nicht nachweisbar ist.

4.2.11. (L 248/72)

Patient: 7 Monate.

Arzt: Impfarzt, in einer Stadt von 15.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Eventuelles Übersehen einer beginnenden Infektionskrankheit bei Polioimpfung.

Anamnese und Verlauf:
Das sieben Monate alte Kind wurde am 7.11.1972 mit Dreifachimpfstoff gegen Polio geimpft. Am 9.11.1972 floß grünlich eitriger Schnupfenschleim aus der Nase; das Kind habe angeblich zeitweise schrill geschrien. Vom behandelnden Arzt wurde der Verdacht auf eine Hirnhautentzündung geäussert, die Behandlung erfolgte mit Nasentropfen, Fieberzäpfchen und Dentinox-Gabe wegen Zahnens. In der Nacht zum 11.11.1972 betrug die Temperatur 39,4° C, gegen Morgen erbrach sich das Kind mehrfach und wurde daraufhin mit Temperaturen um 42° C in das örtliche Krankenhaus eingeliefert. Da nach Meinung der dortigen Ärzte die therapeutischen Möglichkeiten der Klinik nicht ausreichend erschienen, wurde die sofortige Verlegung in die etwa 60 km entfernte Universitätskinderklinik veranlasst. Auf diesem Transport starb das Kind.

Sektionsbefund:
Hochgradige Stauungsblutfülle der inneren Organsysteme; Druckzeichen im Bereich des Gehirns sowie aus makroskopischer Sicht Symptome für eine Mittelohrentzündung. Virologisch Infektion mit einem Adenovirus Typ II. Histologisch unspezifische Entzündung im Bereich des Herzens, der Lunge sowie aber insbesondere der Hirnhäute.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Auf Grund des Sektionsbefundes sowie der virologischen Untersuchungen konnten keine Hinweise gefunden werden, dass die Polioschluckimpfung überhaupt wirksam geworden war. Aus dem Fehlen der betreffenden Virusnachweise sowie dem Fehlen einer Antikörperreaktion muss vielmehr geschlossen werden, dass die Adenovirus-Typ II-Infektion offenbar sehr frisch war. Das würde auch mit den Schilderungen in dem Ermittlungsbericht in Einklang zu bringen sein, nachdem erst nach der Polioschluckimpfung das Kind Krankheitssymptome aufgewiesen haben soll. Demnach wäre es nicht möglich gewesen, das Vorliegen einer derartigen Infektion bereits zum Zeitpunkt der Vornahme der Schluckimpfung zu erkennen. Ein mögliches Verschulden des Impfarztes ist so nicht nachzuweisen.

Andererseits muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass es aus ärztlicher Sicht als außerordentlich risikoreich anzusehen ist, einem schwerkranken Kind (Temperaturen um 42° C) noch einen circa 60 km weiten Transport zuzumuten. In Anbetracht der bei einem Kleinkind nur in beschränktem Umfang vorhandenen Fähigkeit zur Temperatur- und Kreislaufregulation bedeutet jede zusätzliche Belastung, wie sie auch ein Transport darstellt, ein Risiko, das dann plötzlich zu einem Zusammenbruch des Kreislaufsystems führen kann.

Unter diesen Aspekten wäre es dann sicher sinnvoller gewesen, dem Kind einen derartigen Transport zu ersparen. Demnach lässt sich mit forensisch erforderlicher Sicherheit auch in dieser Hinsicht ein Verschulden am Tode des Kindes nicht nachweisen.

Verfahrensausgang:
Am 10. Juli 1973 wurde das Verfahren in der Todesermittlungssache eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.2.12. (G 55/73)

Patient: 3 1/2 Tage.

Arzt: 35 Jahre alt, praktischer Arzt,
56 Jahre alt, praktischer Arzt, beide niedergelassen in einer Stadt von 15.000 Einwohnern.
52 Jahre alt, Hebamme,
65 Jahre alt, Aushilfshebamme.

Anzeigeerstatter: Großvater des Kindes.

Vorwurf: Unterlassene Hilfeleistung, fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Am berechneten Niederkunftstermin, dem 22.8.1972, hätten die ersten Wehen eingesetzt, weshalb die Schwangere das Entbindungsheim aufsuchte. Dort wurden Fruchtwasseruntersuchungen durchgeführt und die Schwangere wieder nach Hause geschickt. Am 4.9.1972 gegen 19.30 Uhr Beginn starker Wehen, die erste und einzige Presswehe gegen 22.00 Uhr. Die Geburt verlief sehr schnell, sie dauerte höchstens fünf Minuten.

Am 7.9.1972 gegen 05.00 Uhr wurde das Kind erstmals zum Stillen angelegt; es habe nicht richtig getrunken, so dass es zusätzlich mit der Flasche ernährt werden musste. Letzte Fütterung am 8.9.1972 gegen 05.00Uhr. Laut Angaben einer Schwester wies der Säugling die Zeichen einer Gelbsucht auf und verweigerte die Nahrungsaufnahme. Am 8.9.1972 gegen 07.45 Uhr Einlieferung des Säuglings in das Kreiskrankenhaus. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Säugling bereits einen Atemstillstand und nur schwache Herztöne. Das Hautcolorit war blassgelb und hatte besonders im Bereich der unteren Körperhälfte ein girlandenförmiges Exanthem. Mittels Reanimation wurden die Körperfunktionen bis 13.30 Uhr aufrechterhalten, dann aber wegen mangelnder Spontanatmung die Reanimation um 13.30 Uhr abgebrochen. Das Kind bot keine typischen Übertragungszeichen.

Sektionsbefund:

Cardiopulmonale Insuffizienz bei Atemnotsyndrom mit hyalinen Membranen. Partielle Hyperventilation und Teilatelektasen. Deutliches Lungen- und Hirnödem. Kopfschwartenresthämatom parieto-occipital. Regelrechte Anlage des Gefäßbandes, offener Ductus Botalli, offenes Foramen ovale. Hyperämie der parenchymatösen Organe. Bohnengroße Struma congenita. Kein Anhalt für Sepsis oder intracerebrale Blutungen.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

a) Hätte die Geburt zu einem früheren Zeitpunkt eingeleitet werden müssen?
b) Hätte das Kind bei Einleitung der Geburt zu einem früheren Zeitpunkt bzw. früheren Verbringen ins Kreiskrankenhaus gerettet werden können?

Nach der äußeren Erscheinung des Kindes sowie der Tatsache, dass noch reichlich Käseschmiere vorhanden war, erfolgte die Geburt eher zu früh als zu spät. Nach dem Ergebnis der Leichenöffnung und der feingeweblichen Untersuchungen fanden sich in den Lungenbezirken mit überdehnten wie auch mit zusammengefalteten Lungenbläschen, vor allem auch in den Luftästen sogenannte hyaline Membranen, so dass der Tod infolge Erstickung eingetreten ist. Auch hier wird man sagen müssen, dass diese krankhaften Veränderungen nicht mit einer übertragenen Schwangerschaft in Einklang zu bringen wären.

Schliesslich ist zu prüfen, ob das Zustandsbild eher hätte erkannt werden müssen und ob ärztliche Maßnahmen den Tod abzuwenden vermocht hätten. Bei Säuglingen können Änderungen des Gesundheitszustandes sehr rasch auftreten; dies dürfte auch mit den Angaben der Mutter in Einklang zu bringen sein, denn sie hat über Besonderheiten des Kindes bis zum Abend des 7.9.1972 nichts bemerkt. Offenbar ist zu den krankhaften Veränderungen der Lunge die Blutmauserung plötzlich hinzugetreten, so dass infolge dieser Erkrankung die Sauerstoffversorgung des Organismus zusammenbrach und der Tod durch Erstikken eintrat.

Nach Lage der Akten lässt sich der Vorwurf, die Schwangerschaft hätte eher beendet werden müssen, nicht aufrecht erhalten. Der Säugling ist eines plötzlichen Todes aus natürlicher Ursache gestorben. Das rasche Todesgeschehen ist allgemein bekannt, war aber im konkreten Fall nicht vorhersehbar.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Ermittlungsverfahrens gegen die obengenannten Ärzte und Hebammen auf Grund des gerichtsmedizinischen Gutachtens.

4.3. Anaesthesiologische Fälle

4.3.1. (L 177/68)

Patientin: 38 Jahre, Landfrau.

Arzt: Facharzt für Chirurgie und Narkosearzt in einer Stadt von 20.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Narkosefehler, nicht ausreichende Untersuchung der Patientin vor der Operation.

Anamnese und Verlauf:
Am 23.8.1968 hatte sich die Patientin eine Sehnenverletzung der linken Hand zugezogen. Diese Verletzung wurde bei der nüchternen Patientin gegen 18.45 Uhr in Allgemeinnarkose versorgt. Die Operation verlief zunächst komplikationslos, es musste jedoch mehrfach Trapanal und Succinyl nachgespritzt werden. Die letzten aufgezeichneten Blutdruck- und Pulswerte waren gegen 19.40 Uhr mit 120/80 mm Hg und 80 Schlägen pro Minute kontrolliert worden. Gegen 19.45 Uhr waren der Radialispuls und der Blutdruck nicht mehr messbar, die Auskultation des Herzens ergab keine hörbare Herzaktion.

Die Patientin wurde sofort intubiert und mit reinem Sauerstoff beatmet, gleichzeitig Schocklagerung. Während sofort mit äußerlicher Herzmassage begonnen wurde, wurde die Patientin bereits an den elektrischen Defibrillator angeschlossen und auf diese Weise versucht, die Herzaktion wieder in Gang zu bringen. Gegen 20.00 Uhr Thorakotomie und direkte Herzmassage. Daraufhin spontane Herzaktion. Gleichzeitig wurde eine Kreislauftherapie mit Infusionen und Herz- und Kreislaufmitteln durchgeführt.

Nach Naht der Thorakotomiewunde wurde die Patientin mit regelmässiger Herzaktion und stabilen Kreislaufverhältnissen gegen 21.15 Uhr auf die Wachstation verlegt. Dort weitere

Fortführung der Infusionstherapie. Kontrolle der Herzaktion durch Cardioskop. Gegen 24.00 Uhr wieder spontane Atmung, die Patientin blieb jedoch tief bewußtlos. Gegen 04.00 Uhr Anstieg der Körpertemperatur auf 40° C, Auftreten eines akuten Lungenödems. Gegen 05.15 Uhr Tod der Patientin unter den Zeichen des akuten Herz- und Kreislaufversagens.

Sektionsbefund:
Ausreichender Ernährungszustand, Zeichen chronischer Erkrankungen an Herz, Milz, Leber, Nieren und Bauchspeicheldrüse sowie der Schilddrüse. Geringe Hirnatrophie. Zustand nach operativ versorgter Schnittverletzung an den Beugeseiten des linken zweiten bis fünften Fingers. Zustand nach blutiger Herzmassage. Hirnödem, sehr starkes Lungenödem, Verdacht auf frische Lungenentzündung. Frische Blutgerinnselbildung in den Lungengefäßen, sehr schlaffes, akut erweitertes Herz, verfettete Leber, fettige Degeneration der Bauchspeicheldrüse.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Die 39jährige Patientin war bereits beträchtlich vorgealtert. Sie wies Aufbrauchserscheinungen am Gehirn und an den Stoffwechselorganen und auch eine ältere Herzmuskelentartung auf. Solche Personen sind gegenüber der Einwirkung von Narkosemitteln anfälliger als gesunde. Insbesondere kommen die zwar außerordentlich seltenen Narkosezwischenfälle mit Trapanal dann vor, wenn eine Fettstoffwechselstörung vorliegt. Bei der Erkrankung der Leber und der Bauchspeicheldrüse der Patientin besteht die Wahrscheinlichkeit, dass sich das Narkosemittel in ihren Geweben in anderen Verhältnissen zwischen wässrigen und lipoiden Substanzen verteilt hat, als es erwartet wird.

Die Kombination mehrerer Narkosemittel ist in der Auswirkung nicht so klar überschaubar wie der Effekt einer Einzelsubstanz. Es sind jedoch keine Unverträglichkeiten durch die Kombination der im vorliegenden Falle verwendeten Arzneimittel bekannt geworden. Fluothane kann eine bereits vorgeschädigte Leber zusätzlich in ihrer Funktion beeinträchtigen. Es

ist daran zu denken, dass bei der Patientin eine Störung im Arzneimittelabbau durch die Leber vorgelegen hat. Trapanal wird im Stoffwechsel durch Fermentwirkungen der Leberzellen rasch umgewandelt. Bei der Patientin wurden in der Leiche zwar gewisse, nicht allzu hohe Trapanalkonzentrationen festgestellt, jedoch keine Umwandlungsprodukte gefunden. Dies könnte ein Hinweis auf eine mangelhafte Entgiftungsfunktion der Leber sein.

Damit sind die Möglichkeiten für das Zustandekommen des Herzstillstandes bei der Patientin angedeutet. Das Zutreffen dieser Möglichkeiten kann aber nicht mit der nötigen Sicherheit bewiesen werden. Nach diesen Ausführungen ist die Frage, ob der Tod der Patientin durch mangelnde Sorgfalt eingetreten ist. Hierzu ist zu sagen, dass es sich um eine dringliche Operation gehandelt hat und dass für die Durchführung von Leberfunktionsproben keine ausreichende Zeit zur Verfügung stand. Die für eine 39jährige Frau ungewöhnlichen krankhaften Organveränderungen waren den Ärzten nicht bekannt. Somit war auch ein Narkosezwischenfall bei der Anwendung der üblichen Methoden und bei kunstgerechter Durchführung der Narkose nicht voraussehbar.

Verfahrensausgang:
Am 10. April 1969 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung gemäß § 170/II StPO eingestellt, da sich für ein ärztliches Verschulden kein Anhalt gab.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.3.2. (L 93/71)

Patient: 3 1/2 Jahre

Arzt: Facharzt für Chirurgie, Oberarzt in der Universitäts-Klinik einer Stadt von 55.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Eltern.

Vorwurf: Narkosefehler.

Anamnese und Verlauf:
Bei dem Patienten wurde durch einen niedergelassenen Urologen eine Hydronephrose und Megaureter links festgestellt. Da eine operative Therapie angezeigt erschien, wurde der kleine Patient in die Universitätsklinik ... zur Operation überwiesen. Die klinischen Aufnahmeuntersuchungen sowie die praeoperativen Laboruntersuchungen ergaben normale Befunde und somit keine Kontraindikation zur vorgesehenen Operation, so dass der Termin auf den 3.5.1971 festgelegt werden konnte. Der Junge hatte sich bis dahin sehr gut eingelebt.

Am Operationstage wurde die Narkose mit Halothan eingeleitet und nach Erreichung des Toleranzstadiums wurde als kurzzeitiges Relaxans zur gefahrlosen Intubation Succinyl gegeben. Es kam jedoch nicht zu der erwarteten Erschlaffung, sondern zu einer extrem starken Erhöhung des Tonus im Bereich der gesamten quergestreiften Muskulatur. Diese maximale Anspannung konnte auch durch Alloferin als Antidot nicht durchbrochen werden. Von dem geplanten operativen Eingriff wurde Abstand genommen. Das Kind wurde nach diesem Zwischenfall weiter mit einer Sauerstoffmaske beatmet und der stark erhöhte Muskeltonus liess etwas nach. Zu diesem Zeitpunkt fiel bereits eine erhebliche Erhöhung der Hauttemperatur am Stamm auf. Sofort durchgeführte Elektrolytbestimmungen und Leberfunktionsproben sowie eine Bestimmung der Pseudocholinesterase und die Bestimmung der unveresterten Fettsäuren ergaben ziemlich normale Befunde. Gegen 09.00 Uhr war das Kind wach und

führte Anrufe wie "Arme hochheben" durch. Eine verstärkte Muskelspannung war auch jetzt noch festzustellen. Gegen 10.00 Uhr traten plötzlich tonische Streckkrämpfe der Extremitäten und der mimischen Muskulatur auf und es kam kurz darauf zu einem Atem- und Herzstillstand, der mit extrathorakaler Herzmassage und auch medikamentös nicht beseitigt werden konnte.

Sektionsbefund:
Deutliche Vergrößerung der Milz, der inneren Brustdrüse, der Gaumenmandeln und der Lymphknoten. Im übrigen keine krankhaften Veränderungen an den inneren Organen, abgesehen von einer kleinfingerdicken Erweiterung des linken Harnleiters. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab einen entzündlichen, lymphomonozytären cerebralen Prozess mit fortgeschrittenem Marködem.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Der 3 1/2 Jahre alte Patient war an einem akuten Herz- und Kreislaufversagen gestorben. Diese Diagnose konnte durch feingeweblichen Untersuchungen sowie durch die Gehirnuntersuchungen bestätigt werden. Offenbar hat zum Tod eine Überfunktion des lymphatischen Gewebes beigetragen, denn nicht nur der mit freiem Auge bei der Leichenöffnung erhobene Befund, sondern auch die mikroskopischen Befunde,- insbesondere an den Lungen -, legen diese Vermutung nahe. Dennoch fanden sich weder makro- noch mikroskopisch krankhafte Veränderungen an den inneren Organen, die für sich allein geeignet gewesen wären, den Tod zu erklären.

Nach den Umständen des Falles war an einen akuten Narkosetod zu denken. Die eingehende chemisch-toxikologische Untersuchung hat, abgesehen von dem Narkosemittel Halothan, keinerlei Anhaltspunkte für Arzneistoffe und/oder deren Abbauprodukte ergeben. Halothan war nur in einer äußerst geringen Konzentration im Blut gaschromatographisch nachweisbar, so dass eine fehlerhafte Überdosierung ausgeschlossen werden kann.

Offenbar handelte es sich um einen nicht vorhersehbaren tödlich endenden Narkosezwischenfall, der sich nach ärztlicher Erfahrung trotz gebotener Sorgfalt nicht immer vermeiden lässt.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Ermittlungsverfahrens, da auf Grund der vorliegenden Tatsachen kein Anhalt für ein ärztliches Verschulden besteht.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.3.3. (G 63/74)

Patient: 9 Jahre.

Arzt: Facharzt für Anaesthesie, Chefarzt an einem Kreiskrankenhaus in einer Stadt von 26.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Eltern des Kindes.

Vorwurf: Es bestehe der Verdacht, dass bei der Operation des Patienten ein Fehler unterlief, dadurch dass von den Ärzten nicht berücksichtigt wurde, dass bereits ein Bruder des Verstorbenen im Jahre 1971 während einer Narkose verstarb.

Anamnese und Verlauf:
Der 9 Jahre alte Patient litt an einem Leistenhoden, von Seiten der Ärzte wurde daher geraten, den Hoden operativ aus der Leiste in den Hodensack zu verpflanzen (Orchidopexie), da bei Nichtdurchführen einer entsprechenden Operation eine Zeugungsunfähigkeit ebenso wie eine bösartige Umbildung des Hodengewebes hätte die Folge sein können.

Da bereits bei einem Bruder des Patienten im Jahre 1971 eine Operation im Bereich der Harnleiter durchgeführt wurde und es vermutlich nach Gabe von Succinyl zu generalisierten Muskelspasmen der quergestreiften Muskulatur mit anschliessendem tödlichen Herz-Kreislaufversagen gekommen war, wurde in Anbetracht der Ereignisse von 1971 bei dem 9jährigen Patienten auf die Gabe von Succinyl verzichtet, da der dringende Verdacht bestand, die Narkosekomplikationen wären durch dieses Medikament ausgelöst worden.

Die Narkose wurde mit einem Sauerstoff-Lachgas-Gemisch sowie Halothan-Trapanal durchgeführt. Trotz dieser Vorsichtsmaßnahmen kam es gegen Ende der Narkose zu einem Anstieg der

Körpertemperatur auf 41,6° C mit nicht mehr aufzuhaltenden tödlichem Ausgang.

Sektionsbefund:
Ausgeprägte Hirnschwellung, flüssiges Blut in den großen Gefäßen, Dilatation und Blutfülle beider Herzkammern, mässiges Lungenödem. Geringe Balkenblase, ausgeprägte lymphatische Organe. Keine Besonderheiten im Operationsgebiet.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Der 9 Jahre alte Patient ist nach Lage der Akten sowie nach den feingeweblichen Untersuchungen letztlich an einem akuten Herz-Kreislaufversagen gestorben. Dies war offensichtlich die Folge eines Narkosezwischenfalles, bei dem nicht, wie ursprünglich vermutet, Succinyl, sondern Halothan die auslösende Ursache gewesen ist. Beide Narkosen wurden lege artis durchgeführt, ein Fehler in der Zusammensetzung oder Dosierung der Narkosemittel war nach Lage der Akten ebenso auszuschliessen wie die irrtümliche Verwendung eines falschen Anaesthetikums oder technische Mängel seitens der Narkosegeräte. Ebenso war ein Zusammenhang zwischen eingetretenem Tod und der operativen Maßnahmen nicht erkennbar.

Es handelte sich um eine seltenes Erscheinungsbild, das offenbar infolge erblicher Faktoren familiär gehäuft auftritt und erst in den letzten Jahren näher bekannt geworden ist. Die biochemisch-toxikologischen Zusammenhänge sind noch nicht endgültig geklärt, weisen aber in Richtung auf eine mangelhafte Ausbildung bestimmter, muskelzellständiger Biokatalysatoren (Enzyme), deren Aktivität in Anwesenheit starker Inhalationsnarkotika beziehungsweise halogenierter Kohlenwasserstoffe zusätzlich gedrosselt wird, zu welchen Erkenntnissen die wissenschaftliche Erforschung des Falles der beiden Brüder (siehe L 93/71) selbst beizutragen scheint.

Ein Verstoß der behandelnden Ärzte gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst ist nicht nachweisbar.

Erstens war die Operation angezeigt, zweitens war bei Unkenntnis des beschriebenen Enzymdefektes genügend Sorgfalt geboten, wenn nach dem tödlichen Narkosezwischenfall bei dem 1971 gestorbenen Bruder auf entsprechende Empfehlung hin kein Succinyl verwandt wurde.

Verfahrensausgang:
Am 22. Dezember 1975 wurde das Verfahren wegen Verdachtes des nicht natürlichen Todes eingestellt.

Gründe:
Am 24.1.1975 starb während einer Operation der 9jährige Patient. Bereits im Jahre 1971 war während einer Operation der 3 1/2 Jahre alte Bruder unter der Narkose an einem Herz-Kreislaufversagen gestorben. Die Eltern der verstorbenen Kinder hatten Anzeige erstattet, da der Verdacht bestand, dass insbesondere bei der Operation des älteren Bruders am 24.1.1974 den Ärzten insoweit ein Fehler unterlief, dass sie nicht berücksichtigten, dass im Jahre 1971 bereits der jüngere Bruder während einer Narkose verstorben war.

Der gerichtsmedizinische Gutachter kam zu dem Ergebnis, dass den behandelnden Ärzten ein Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst nicht nachweisbar ist. Erstens sei die Operation angezeigt gewesen, zweitens sei bei Unkenntnis eines nach seiner Ansicht nach vorliegenden Enzymdefektes genügend Sorgfalt geboten gewesen, wenn nach dem tödlichen Narkosezwischenfall des jüngeren Bruders auf entsprechende Empfehlung hin kein Succinyl verwandt wurde. Das Ermittlungsverfahren war deshalb einzustellen.

4.3.4. (L 137/72)

Patient: 14 Jahre, Schüler.

Arzt: Ärzte des Kreiskrankenhauses in einer Stadt von 12.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Narkosezwischenfall, Kunstfehler?

Anamnese und Verlauf:
Der 14jährige Schüler wurde am 7.7.1972 gegen 20.15 Uhr wegen einer Luxation des rechten Ellenbogengelenkes mit Abbruch eines Knochenfortsatzes stationär im Kreiskrankenhaus ... aufgenommen. Die Luxation wurde zunächst in Allgemeinnarkose reponiert und durch eine Gipsschiene fixiert. Da im Bereich des linken Ellbogengelenkes bereits eine Deformation bestand, sollte die Luxationsfraktur des rechten Ellbogengelenkes operativ eingerichtet werden.

Am 10.7.1972 wurde in Allgemeinnarkose nach Anlegen einer Blutsperre am rechten Oberarm an der medialen Seite ein etwa 8 cm langer Schnitt gelegt und die Fraktur des medialen Epicondylus dargestellt. Eine einwandfreie Reposition erschien möglich. Unmittelbar danach trat bei dem Patienten ein Herzstillstand ein. Die Operation wurde sofort unterbrochen und mit der externen Herzmassage begonnen; danach erfolgte die Übernahme der Narkose zur Notthorakotomie durch die Oberärztin. Bereits während der Eröffnung des Thorax spontane zentrale Herzaktion. Wenig später war auch der periphere Puls wieder deutlich tastbar. Nach weiteren fünf Minuten Spontanatmung, die vorher maximal erweiterten Pupillen verengten sich wieder, wenn auch verlangsamt. Verschluß der Thorakotomiewunde. Anschliessend Fortsetzung der Osteosynthese am rechten Ellbogen.

Nach der Operation wurde der Patient noch etwa eine halbe

Stunde beobachtet und anschliessend auf die Wachstation verlegt. Er war nicht ansprechbar, zeigte in kurzfristigen Abständen krampfartige Zuckungen; der Reflexstatus war jedoch unauffällig, die Pupillenreaktion verlangsamt. Der Patient wurde an den Birdrespirator angeschlossen und ein EKG zur Überwachung angelegt. Im weiteren Verlauf zunehmende Besserung, Normalisierung der Tachycardie und des Blutdruckes, unauffällige Pupillen, Spontanatmung. Am 11.7.1972 erneut maximale Erweiterung der Pupillen, Sistieren der Spontanatmung. Am 12.7.1972 keine Änderung im Verlauf, am 13.7.1972 weiterhin unverändert, jedoch Auftreten von Hypothermie, Zyanose der Extremitäten bei immer noch mangelnder Spontanatmung. Auf ausdrücklichen Wunsch der Eltern Abbrechen der künstlichen Beatmung, danach 15 Minuten später Exitus letalis.

Sektionsbefund:
Hochgradige Schwellung des Gehirns mit Abplattung der Hirnwindungen und Einschnürung der Seepferdchenwindungen; konfluierende Lungenentzündung mit begleitender Lungenfellentzündung; Zustand nach Thorakotomie, große persistierende innere Brustdrüse, große Milz, Vergrößerung der Lymphknoten (Status thymicolymphaticus).

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Nach dem Ergebnis der Leichenöffnung war der Junge an einer hochgradigen Hirnschwellung, sogenanntes apallisches Syndrom, gestorben. Wie so häufig in derartig gelagerten Fällen hat sich infolge der Bewußtlosigkeit eine herdförmige Lungenentzündung eingestellt. Auffällig war, - und dies konnte durch die feingewebliche Untersuchung noch erhärtet werden -, die starke Ausprägung des lymphatischen Apparates und die Erhaltung der inneren Brustdrüse. Mikroskopisch ergab sich zusätzlich eine leichte Entzündung des Herzmuskels, sowie eine fortschreitende Zirrhose der Leber.

Die Frage ist nun, ob den behandelnden Ärzten Fehler bei der Narkose unterlaufen sind. Jede Anaesthesie, insbesondere

jede Narkose, ist mit einem gewissen Risiko verknüpft. Narkosemittel beeinträchtigen die Funktionen jeder lebenden Zelle, mithin auch den Herzmuskel. So kann sich eine übermässige Dämpfung der Herz- und Kreislauftätitgkeit in kürzester Zeit verheerend auf den Allgemeinzustand auswirken, weil mit ihr die Sauerstoffversorgung des Gewebes in Frage gestellt wird. Muskelrelaxantien, im vorliegenden Fall Succinyl, erhöhen die letale Häufigkeit.

Im vorliegenden Fall entsprachen Narkosevorbereitung und Durchführung den allgemeinen Erfahrungen der Narkosetechnik. Auch Halothan wurde lege artis dosiert. Dennoch kann dieses Mittel bei Personen mit Herzmuskelschäden zu gefährlichen Blutdruckkrisen führen. Nach den Umständen des Falles zählt der Tod des Patienten zu denjenigen tragischen Zwischenfällen, die sich bei dem erörterten Risiko, - trotz gebotener Sorgfalt -, nicht vermeiden lassen.

Als Ursachen des tödlichen Ausganges sind hier die Herzmuskel - und Leberentzündung sowie die Überempfindlichkeit des lymphatischen Apparates zu nennen. Diese krankhaften Veränderungen sind normalerweise bei jungen Menschen nicht zu erwarten und mit den üblichen Untersuchungsmethoden nicht oder nicht sicher festzustellen. Es ergeben sich also keine Anhaltspunkte dafür, dass die Narkose fehlerhaft durchgeführt worden wäre.

Verfahrensausgang:
Am 4. Oktober 1972 wurde in der Todesermittlungssache das Verfahren eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.3.5. (L 140/72)

Patientin: 6 Jahre.

Arzt: Assistenzärzte und Oberarzt der Anaesthesie-Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik in einer Stadt von 55.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Chefarzt der Chirurgischen Kinderabteilung der Chirurgischen Universitätsklinik ...

Vorwurf: Es bestehe die Möglichkeit, dass das Ableben des Kindes auf einen Narkosefehler oder aber auf einen Sturz aus dem Bett nach der Operation zurückzuführen sein könne.

Anamnese und Verlauf:
Bei dem Kind war seit dem fünften Lebensmonat eine Klitorishypertrophie bekannt, die zunehmend Schmerzen bereitete. Nach mehrfacher fachärztlicher Untersuchung wurde 1972 zur Operation geraten.

Die Patientin wurde am 11.7.1972 in der Chirurgischen Universitätskinderklinik ... aufgenommen. Zur Anamnese gab die Mutter nur die üblichen Kinderkrankheiten an, erst zu einem späteren Zeitpunkt stellte sich heraus, dass bei dem Kind circa ein Jahr zuvor ein einmaliger Krampfanfall mit Erbrechen und Bewußtlosigkeit aufgetreten war. Wegen diese Krampfanfalles erfolgte eine fachärztliche Behandlung mit anschliessender Verabreichung eines krampfmildernden Medikamentes. Die Krampfanfälle haben sich unter dieser Medikation nicht wiederholt.

Die am 12.7.1972 von Anaesthesisten durchgeführte Narkose dauerte etwa 45 Minuten, der operative Eingriff 30 Minuten. Als Anaesthesie-Methode wurde eine Ketanest-Mononarkose zur Anwendung gebracht. Die Gesamtdosis, die verabreicht wurde,

lag bei 110 mg Ketanest intravenös. Während des operativen Eingriffes entstand ein Laryngospasmus, der medikamentös behandelt wurde. Eine Änderung der Narkosemethode wurde nicht vorgenommen. Das Kind wurde anschliessend in den Aufwachraum gebracht und stand dort unter Kontrolle einer Anaesthesieschwester. Nach den Aktenunterlagen dürfte das Kind hier etwa zwei Stunden verbracht haben, erst danach sei es an die Station abgegeben worden. Zu diesem Zeitpunkt sei es ansprechbar gewesen. Kurze Zeit später wurde das Kind unruhig und fiel dadurch bedingt aus dem Bett. Verletzungen wurden nicht beobachtet, sonstige zusätzliche therapeutische Maßnahmen nicht ergriffen. Der Zustand wurde als verlangsamter Abbau des Narkotikums Ketanest gedeutet. Am gleichen Abend wurde ein Temperaturanstieg auf 39,7° C registriert. Die zunächst bestehende Unruhe liess in der Nacht zum 13.7.1972 nach, das Kind erwachte jedoch nicht und reagierte am 13.7.1972 morgens bei Prüfungen der Pupillenreaktion überhaupt nicht mehr. Fachärztliche Untersuchungen im Laufe des 13.7.1972 ergaben eine schwere Hirnschädigung. Der Versuch einer Hirngefäßdarstellung ergab die Tatsache, dass die Blutzufuhr zum Gehirn unterbrochen war. Am 13.7.1972 gegen 15.15 Uhr trat schliesslich ein Atemstillstand ein, der eine künstliche Beatmung notwendig machte. Der Zustand des Kindes verschlechterte sich in der Folgezeit kontinuierlich, am 14.7.1972 trag gegen 21.50 Uhr der Tod ein.

Sektionsbefund:
Geringgradige Fettembolie und herdförmig entzündliche Veränderungen des Lungengewebes. Schwere hypoxische hirnorganische Schädigungen.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Nach den Untersuchungsergebnissen ist als Todesursache der im Alter von sechs Jahren verstorbenen Patientin eine Sauerstoffmangelschädigung des Gehirns in Verbindung mit entzündlichen Veränderungen des Lungengewebes anzunehmen, die in klinischer Hinsicht auf die am 12.7.1972 durchgeführte Ope-

ration und Narkose zurückgeführt werden müssen. Der nach der Operation erfolgte Sturz aus dem Bett ist nicht ursächlich für den tödlichen Geschehensablauf.

Nach dem Narkoseprotokoll ist es im Verlauf der Ketanest-Narkose zu einem Stimmritzenkrampf gekommen, der nach nicht genannter Zeitdauer behoben werden konnte. In Anbetracht der Vorgeschichte, der Indikation sowie Art und Durchführung der Operation stellt sich die Frage, ob das angewandte Narkoseverfahren als optimal oder vertretbar angesehen werden konnte.

Im vorliegenden Fall liegen nur spärliche Eintragungen über das Befinden der Patientin in den Stunden nach der Operation vor. Es muss in Anbetracht der Art und des Verlaufes der Narkose gefragt werden, ob nicht in diesem speziellen Fall eine eingehende Überwachung und Beobachtung notwendig gewesen wäre. Es wird daher vorgeschlagen, zu den aufgeworfenen Fragen einen Fachvertreter der Anaesthesiologie zu hören.

Anaesthesiologisches Zusatzgutachten:
Die von der Staatsanwaltschaft gestellte Frage "Kann mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gesagt werden, dass der Tod des Kindes auf eine unsachgemäße Narkose zurückzuführen ist", muss aus den nachfolgenden Gründen verneint werden.

Die im Gutachten des Institutes für Gerichtliche Medizin der Universität ... aufgeführten Fragen sind mit dieser generellen Aussage bereits weitgehend mit beantwortet.

Das zur Anwendung gekommene Narkoseverfahren "Ketanest-Mononarkose" ist in der Technik und Dosierung sowie in der Durchführung sachgemäß gewesen. Auch ein eventuell vorhandener Risikofaktor "Krampfbereitschaft" hat mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keinen Einfluß auf den Ablauf gehabt. Insbesondere ist es völlig unwahrscheinlich, dass der unter der Narkose aufgetrene Laryngospasmus irgendwelche

Schäden hervorrief, die den weiteren Ablauf maßgeblich beeinflussten.

Am 12.7.1972 kam es in der postnarkotischen Phase wahrscheinlich nach der Abgabe aus dem Aufwachraum zu einem nicht erkannten hypoxischen Zustand, der als Ausgangspunkt für den Ablauf des weiteren Geschehens anzusehen ist, und der schliesslich den Tod zur Folge hatte.

Es lässt sich jetzt nicht mehr feststellen, ob das Kind zu früh aus dem Aufwachraum abgegeben wurde oder die hypoxische Schädigung wegen einer unzureichenden Beobachtung auf der Station entstand. Man kann von der Tatsache ausgehen, dass der hypoxische Zustand zwischen der Abgabe aus dem Aufwachraum und dem Nachmittag des selben Tages entstanden sein muss, wobei mit einiger Wahrscheinlichkeit die Hypoxie an dem Entstehen der Unruhe beteiligt gewesen sein könnte, die zum Sturz des Kindes aus dem Bett führte. Dies ist um so wahrscheinlicher, als sich das Kind in der Folgezeit nach den Aufzeichnungen wieder unter Beobachtung befand. Daraus ist der Schluß zu ziehen, dass nicht die Narkose, das Narkosemittel oder die Narkosetechnik, sondern eine nicht ausreichende Beobachtung in der postnarkotischen Zeit als Ursache für den tödlichen Zwischenfall angesehen werden muss.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Verfahrens.

Gründe:
Siehe medizinische Gutachten.

4.3.6. (G 12/72)

Patient: 16 Jahre, Lehrling.

Arzt: Chefarzt der Anaesthesie-Abteilung des Städtischen Krankenhauses in einer Stadt von 21.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Der 16jährige Patient wurde am 16.8.1971 gegen 19.30 Uhr mit einer akuten Blinddarmentzündung stationär eingewiesen und in der Zeit zwischen 20.30 Uhr und 20.50 Uhr appendektomiert. Die Operation verlief glatt und ohne Schwierigkeiten; auch von Seiten des Herzens und Kreislaufes wurden keine Unregelmässigkeiten beobachtet. Die Narkose wurde nach Praemedikation mit Epontol eingeleitet und mit Lachgas-Sauerstoff sowie Fluothan weitergeführt. Zur Muskelentspannung wurde in zwei Fraktionen ein Relaxans verabreicht.

Nach Beendigung der Operation habe die Spontanatmung wieder eingesetzt. Nach dem Umbetten sei aufgefallen, dass der Patient bei ausreichender Spontanatmung plötzlich blass wurde. Er wurde daraufhin sofort mit Sauerstoff beatmet. Trotz erhaltener Eigenatmung bekam der Patient plötzlich eine Gänsehaut und wurde pulslos. Zeitraum zwischen Narkoseende und diesem Ereignis etwa zehn Minuten. Trotz aller Wiederbelebungsmaßnahmen kam die Herztätigkeit nicht wieder in Gang.

Sektionsbefund:
Zustand nach frischer Blinddarmoperation mir regelrechten Operationsverhältnissen. Zustand nach versuchten Herzpunktionen. Kinderhandtellergroße Thymusdrüse, leicht vergrößerte Milzkörperchen, stark vergrößerte Lymphknoten im unteren Bereich der Dünndarmwurzel. Mässig vergrößerte Payer'sche Platten. Erweiterung der rechten Herzkammer, Einengung der Aus-

flußbahn des rechten Herzens durch zwei Trabekelmuskeln.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Nach dem Ergebnis der Leichenöffnung war der Patient an einem akuten Herz- und Kreislaufversagen gestorben. An Besonderheiten ergaben sich eine gewisse Fehlbildung des Herzens mit Einengung der rechten Ausflußbahn sowie eine verhältnismässig große, für das Lebensalter noch nicht zurückgebildete Thymusdrüse und ein stark ausgebildetes Lymphsystem, besonders im Bauchraum.

Nach den Umständen des Falles muss man sich nun fragen, ob der Eintritt des Todes in ursächlichem Zusammenhang mit der Operation, in erster Linie mit der Narkose, steht.

Zum Komplex der Anaesthesie sei vorausgeschickt, dass jede Anaesthesie, - in Sonderheit die Narkose -, mit einem gewissen Risiko verknüpft ist. Narkosemittel beeinträchtigen die Funktion in jeder lebenden Zelle, mithin auch im Herzmuskel. So kann sich eine Dämpfung der Herz- und Kreislauftätigkeit in kürzester Zeit verheerend auf den Allgemeinzustand auswirken, weil mit ihr die Sauerstoffversorgung des Gewebes in Frage gestellt wird. Im vorliegenden Falle wurde die Narkose nach Praemedikation mit Epontol eingeleitet und alsdann mit Lachgas/Sauerstoff sowie mit Halothan weitergeführt.

Nach den Angaben des Anaesthesisten sind während der Narkose die genannten Mittel nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft regelrecht dosiert gewesen. Freilich könnte man diese Angaben durch eine chemisch-toxikologische Untersuchung der nach der Leichenöffnung asservierten Organe überprüfen. Sie führen indes nicht weiter, da nach dem Gesundheitszustand des Patienten rückblickend betrachtet der Tod während oder nach der Narkose jederzeit hätte eintreten können.

Oberstes Gebot ist die eingehende Untersuchung von Herz-, Kreislauf- und Atemtätigkeit von Patienten, die einer Narkose unterzogen werden sollen. In Notfällen ist zumindest das Herz zu untersuchen und der Blutdruck zu messen. In den Krankenunterlagen heißt es indes nur, dass die Herzaktion regelmässig gewesen sei. Aber selbst wenn diese Untersuchungen nicht durchgeführt worden sein sollten, fragt es sich, ob diese an sich banale Untersuchung den wahren Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand aufgedeckt hätte.

Nach den Umständen des Falles zählt der Tod des Patienten zu denjenigen Narkosezwischenfällen, die sich bei dem gebotenen Risiko trotz gebotener Sorgfalt nicht vermeiden lassen; zumindest wird man das Gegenteil nicht beweisen können. Als Ursache des fatalen Narkoseverlaufes muss erstens die Schädigung des Herzens und zweitens eine Überempfindlichkeit des lymphatischen Apparates angesehen werden.

Verfahrensausgang:
Am 31. August 1972 wurde das Verfahren wegen Verdachts der fahrlässigen Tötung eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.3.7. (L 148/73)

Patient: 57 Jahre, Metzgermeister.

Arzt: Chefarzt der Anaesthesie-Abteilung des Krankenhauses einer Stadt von 22.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Ösophagusperforation infolge nicht sachgemäßer Ösophagoskopie.

Anamnese und Verlauf:
Bei dem Patienten wurde auf Wunsch des Hausarztes eine Spiegelung der Speiseröhre durchgeführt. Die Ösophagoskopie wurde nach entsprechender Prämedikation in Intubationsnarkose vorgenommen. Hierbei zeigte sich im oberen Drittel des Ösophagus ein kleines Divertikel und im unteren Drittel eine karzinomverdächtige Schleimhaut mit vermehrter Gefäßzeichnung. Die Ösophagoskopie verlief ohne Zwischenfälle. Nachdem der Patient erwacht war, wurde eine Röntgen-Kontrastaufnahme des Ösophagus durchgeführt. Die Röntgenologen verwendeten zuerst Bariumbrei und anschliessend Gastrographin. Gegen 14.00 Uhr wurde der Patient von dieser ambulanten Untersuchung nach Hause entlassen. Er zeigte keine Besonderheiten, lediglich eine belegte Stimme, die aber durch die Intubationsnarkose zu erklären war. Gegen Abend litt der Patient unter Atemnot, er wurde deshalb wieder ins Krankenhaus ... gebracht. Bei der Untersuchung zeigte sich im Bereich des Halses ein Hautemphysem; die Atemnot nahm rasch zu. Infolge sofortiger Intubation klang das akute Bild der Atemnot mit Einflußstauung ab. Blutdruck und Pulsfrequenz normalisierten sich. Noch am gleichen Tage wurde der Patient unter Verdacht auf Ösophagusperforation gegen 21.00 Uhr im Notarztwagen in die Chirurgische Universitätsklinik ... verlegt.

Bei der dortigen Aufnahme wurde ein ausgedehntes Hautemphysem an Kopf, Hals und beiderseits am Brustkorb festgestellt.

Die bereits röntgenologisch festgestellte Perforation wurde operativ versorgt und der Patient bis zum 20.2.1973 auf der Intensivpflegestation der Chirurgischen Klinik weiterbehandelt, am 23.3.1973 zur Nachbehandlung an das Kreiskrankenhaus ... überwiesen. Zu diesem Zeitpunkt war klinisch und röntgenologisch die Speiseröhren-Perforationsstelle verschlossen, zumindest die Fistel versiegt.

Am 24.4.1973 erneute Aufnahme in der Chirurgischen Universitätsklinik wegen spontaner Eröffnung der Perforationsstelle. Unter dem Verdacht einer inzwischen akquirierten Hepatitis wurde der Patient am 27.4.1973 auf die Infektionsstation der Medizinischen Universitätsklinik ... verlegt. Am 15.5.1973 erfolgte ein erneuter operativer Eingriff in die Brusthöhle. In der Weiterbehandlung stand jedoch der Leberschaden (Transfusionshepatitis) im Vordergrund. Der Patient musste wiederum in die Medizinische Klinik verlegt werden. Dort verstarb er am 4.7.1973.

Sektionsbefund:
Schwere eitrige, herdförmige Lungenentzündung mit relativ frischen entzündlichen Veränderungen und entzündlicher Beteiligung der Luftwege. Schubweise verlaufende Herzmuskeluntergänge mit älteren und relativ frischen reaktiven Veränderungen bei stark einengender Verkalkung der Kranzschlagadern. Schubweise verlaufende, das Gewebe zerstörende Entzündung der Leber. Anzeichen des akuten Nierenversagens. Schubweise verlaufende Entzündung der Bauchspeicheldrüse. Sackartige Ausstülpung der Speiseröhrenwand mit umgebender chronischer, granulierender Entzündung. Chronisch granulierende Entzündung des Mittelfelles.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Die schwerwiegenden krankhaften Veränderungen, insbesondere an den Lungen, am Herzen und an der Leber haben zum Herz-Kreislaufversagen geführt. Es ist davon auszugehen, dass die entzündlichen Erscheinungen an den Lungen, an der Leber,

im Mittelfellraum und an der Bauchspeicheldrüse im Zusammenhang mit der Perforation der Speiseröhre und dem langen Krankenlager stehen. Die am Herzen angetroffenen degenerativen Veränderungen sind demgegenüber auf eine fortgeschrittene Verkalkung der Kranzschlagadern zurückzuführen. Neben den relativ frischen Gewebsuntergängen im Herzen finden sich solche, die schon vor dem Krankenlager entstanden sein können. Eine Vorschädigung des Herzens ist demnach mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen.

Nach den Krankenunterlagen lag spätestens zum Zeitpunkt der Röntgenkontrastdarstellungen am Kreiskrankenhaus ... eine Perforation der Speiseröhre vor. Dies wird durch die angefertigten Aufnahmen bestätigt, bei denen Kontrastmittel im umgebenden Zellgewebe vorzufinden war. Die Spiegelung ging der röntgenologischen Untersuchung voran. Bei der Spiegelung selbst wurde keine bereits vorangegangene Perforation der Speiseröhre festgestellt. Es ergeben sich mithin verschiedene Möglichkeiten für die Entstehung der Perforation:

1. Instrumentelle Perforation durch die Speiseröhrenspiegelung.
2. Spontane Perforation nach erfolgter Spiegelung im offensichtlich kurzen Zeitintervall bis zur Röntgen-Kontrast-Darstellung.
3. Perforation bei der Kontrastmitteldarstellung.

Die erste Möglichkeit ist am wahrscheinlichsten in Betracht zu ziehen. Die Spiegelung wurde in Narkose durchgeführt und stellt gegenüber der Untersuchung der Speiseröhre mit Kontrastmittel eine relativ starke mechanische Belastung der Speiseröhrenwand dar. Ein spontaner Durchbruch ist aus den zeitlichen Verhältnissen selbst nach vorangegangener mechanischer Beeinträchtigung der Speiseröhrenwand wenig wahrscheinlich. Geht man von der wahrscheinlichsten Version der Perforation der Speiseröhre durch den instrumentellen Eingriff bei der Spiegelung aus, so ist festzustellen, dass selbst bei optimaler Untersuchungstechnik generell und ins-

besondere, wenn entzündliche Veränderungen und Wandschwächen an der Speiseröhre vorliegen, ein mechanischer Durchbruch zwar selten, jedoch als mögliche Komplikation eintreten kann. Eine Perforation der Speiseröhre, - insbesondere wie im vorliegenden Fall bei krankhafter Veränderung der Speiseröhrenwand -, ist selbst bei lege artis durchgeführtem Eingriff nicht immer zu vermeiden.

Verfahrensausgang:
Am 12. März 1974 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung nach § 170/II StPO eingestellt, da keine Anhaltspunkte dafür bestanden, der Beschuldigte habe den Eingriff nicht nach den Regeln der ärztlichen Kunst vorgenommen.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.3.8. (L 213/73)

Patient: 68 Jahre, männlich.

Arzt: Ärzte des Krankenhauses in einer Stadt von 8.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Angehörige des Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch Narkosefehler.

Anamnese und Verlauf:
Der Patient wurde am 13.9.1973 in das Krankenhaus ... eingeliefert und dort in Kurznarkose wegen eines paraanalen Infiltrates rechts operiert. Es entleerte sich reichlich stinkender Eiter, die Abszesshöhle wurde ausgekratzt und ein Streifen eingelegt. Nach Beendigung des kurzen Eingriffes trat bei dem Patienten ein Herzstillstand auf, der durch äußere Herzmassage sowie Maßnahmen einschliesslich künstlicher Beatmung behandelt wurde. Der Herzstillstand liess sich beheben, anschliessend wurde der Patient stationär auf die Innere Abteilung verlegt. Angeblich war der Patient schon des öfteren wegen zeitweiliger Herzbeschwerden in internistischer Behandlung. Nach der Übernahme auf die Innere Abteilung blieb die Herzfunktion stabil; es bestand Spontanatmung, der Patient war jedoch bewußtlos. Der Verlauf unter Intensivtherapie war zunächst befriedigend. Als der Patient jedoch am nächsten Tag noch immer bewußtlos war, ferner die Atemstörungen zunahmen, bei normalem Herzrhythmus und normalem Blutdruck, wurde der Patient in nicht lebensbedrohlichem Zustand auf die Intensivstation der Chirurgischen Universitätsklinik ... verlegt.

Bei der Aufnahme in der Chirurgischen Klinik ... war der Patient bewußtlos, musste kontrolliert beatmet werden, wies aber keine pathologischen Reflexe und keine Herdsymptomatik auf. Die Pupillen waren beiderseits eng. Der Patient reagierte auf Schmerzreize, er wies keine schwere Allgemeinschädi-

gung auf. Im EKG bestand Verdacht auf alten Hinterwandinfarkt. Eine frische Durchblutungsstörung des Herzmuskels war am 17.9.1973 nicht sicher ausschliessbar. Am 17.9.1973 atmete Patient teilweise wieder spontan, eine entscheidende Besserung hinsichtlich der Bewußtseinslage erfolgte nicht. Am 25.9.1973 trat ein plötzlicher Kreislaufstillstand nach Herzversagen bei hohem zentralvenösem Druck ein.

Sektionsbefund:

Kräftiger Körperbau, hochgradige Stauung der inneren Organsysteme, fragliche Nekrosen im Bereich des Hirnmarkes.Flächenhafte, frischere und ältere Herzmuskelnekrosen im Bereich der Herzhinterwand. Verschliessende Coronarsklerose, überschweres Herz, Verkalkung des gesamten Schlagadersystems. Die feingewebliche Untersuchung des Herzens zeigt ausgedehnte flächenhafte Bindegewebsnarben mit nur noch einzeln erkennbaren Muskelfasern und unterschiedlichem Zellreichtum. Im Narbengewebe an einzelnen Stellen deutlich erkennbare Papillarbildungen. Insgesamt frische und ältere ausgedehnte Herzmuskelnekrosen. Bindegewebsvermehrung der Nieren und der Leber (chronische Stauungsorgane), keine Lungenentzündung, Entzündung der Bronchialschleimhaut, Zustand nach Paraanalabszess.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Nach dem Sektionsbefund war zu vermuten, dass der 68 Jahre alte Patient an einem Herzversagen verstorben war. So fand sich im EKG ein Verdacht auf einen älteren Hinterwandinfarkt sowie eine Durchblutungsstörung, die am 17.9.1973 nicht sicher auszuschliessen war. Am 25.9.1973 gegen 03.16 Uhr trat schliesslich unter den Zeichen eines Herzversagens bei erheblicher Erhöhung des zentralen Venendruckes der Kreislaufstillstand ein. Demgegenüber liess sich bei der neurologischen Untersuchung keine Herdsymptomatik feststellen, auch eine schwere Allgemeinschädigung war nicht zu beobachten. Diese Feststellungen sind deswegen von Bedeutung, weil bei dem Patienten am 13.9.1973 eine Kurznarkose durchgeführt wurde.

um eine Abszesspaltung im Bereich des Gesässes vorzunehmen. Im Anschluß an diese Narkose kam es zu einem Herzstillstand mit Herzkammerflimmern, der dann schliesslich behoben werden konnte.

Nach Durchsicht der Krankenunterlagen und Beachtung der feingeweblichen Untersuchungen kann die Auffassung vertreten werden, dass es sich bei dem Ableben des Patienten um einen Tod aus natürlicher Ursache handle. Im Bereich der Herzmuskulatur liessen sich ausgedehnte massive, frischere und ältere Untergänge von Herzmuskelfasern feststellen, die zeitlich sowohl vor dem operativen Eingriff am 13.9.1973 einzuordnen sind, teilweise aber auch zu diesem Zeitpunkt oder später entstanden sind. In Anbetracht der Schilderungen der Ehefrau, nach denen ihr Mann bereits seit längerer Zeit offenbar unter Herzbeschwerden litt,und den festgestellten Organbefunden, die darauf hindeuten, dass hier bereits eine chronische Kreislaufschädigung deutlich ausgeprägt war, muss angenommen werden, dass es sich bei dem tödlichen Geschehensablauf um einen Tod aus natürlicher innerer Ursache gehandelt hat. Bei der bestehenden Kreislaufsituation kann auch ein kleinerer operativer Eingriff, sowie eine Abszesspaltung in Kurznarkose zu einer unvorhersehbaren Überlastung mit schliesslich tödlichen Komplikationen führen. Wegen der Notwendigkeit der Abszessbehandlung einerseits, andererseits wegen der sehr umfangreichen frischeren und älteren Herzmuskelnekrosen ist daher ein ärztlicher Kunstfehler mit der forensisch erforderlichen Sicherheit nicht nachzuweisen.

Verfahrensausgang:
Am 13. Dezember 1973 wurde das Verfahren in der Todesermittlungssache des verstorbenen Rentners wegen mangelnden Verdachts einer Fahrlässigkeit anlässlich der Aufnahme des Patienten zur Operation, der Operation und der nachfolgenden Behandlung eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.4. Internistische Fälle

4.4.1. (L 18/64)

Patient: 44 Jahre, Arbeiter, verheiratet.

Arzt: Assistenzarzt, Landeskrankenhaus in einer Stadt von 11.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Angehörige des Verstorbenen.

Vorwurf: Dem Verstorbenen sei eine falsche Medizin verordnet worden, der diensthabende Arzt hätte den Verstorbenen genau untersuchen und nicht ohne weiteres wieder entlassen dürfen.

Anamnese und Verlauf:

Der angeblich nie krank gewesene 44jährige Patient ging am 15.9.1964 wie üblich zur Arbeit, nahm sein Essen in gewohnter Weise zu sich und klagte gegen Nachmittag über Bauchschmerzen. Er wurde daraufhin von Arbeitskollegen gegen 18.00 Uhr ins Krankenhaus gebracht und von dem diensthabendem Arzt untersucht. Da von den Angehörigen der Verdacht auf eine Lebensmittelintoxikation geäußert wurde, bezog der Arzt auch diese Hinweise in seine Untersuchung ein. Bei der Untersuchung fiel eine leichte Verhärtung des Oberbauches auf; der Puls war normal, ebenso die Kreislaufverhältnisse. Symptome einer Vergiftung konnten nicht festgestellt werden. Da nach Gabe von Pelerol-Kapseln eine deutliche Besserung des Zustandes eintrat, erfolgte die Entlassung nach Hause; eine eventuelle weitere Behandlung sollte durch den Hausarzt durchgeführt werden. Gegen 20.00 Uhr erneutes Auftreten der Schmerzen, der daraufhin gerufene Hausarzt verordnete Magentropfen. Diese nahm der Patient gegen 22.00 Uhr ein, ging zu Bett, streckte sich nach den Angaben der Angehörigen im Bett aus, schloss die Augen und gab von diesem Zeitpunkt an keine Lebenszeichen mehr von sich. Bei der daraufhin sofort erfolgten Krankenhauseinlieferung konnte nur noch der Tod festgestellt werden.

Sektionsbefund:
Leiche eines 44 Jahre alt gewordenen Mannes in ausreichendem Allgemeinzustand. Frischer Verschluß einer Kranzschlagader des Herzens durch ein Blutgerinnsel. Mässige allgemein arteriosklerotische Veränderungen, erhebliches Lungenödem, Blutstauung in den inneren Organen mit Verdacht auf chronische Stauungsorgane.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Durch die chemischen Untersuchungen haben sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass dem Verstorbenen eine falsche Medizin verordnet oder verabreicht wurde. Die Einnahme von Pelerol-Kapseln übte eine gewisse Linderung aus. Der diensthabende Arzt des Krankenhauses hatte auf Grund der Symptomatik keinen Verdacht auf einen Herzinfarkt gehabt. Das Krankheitsbild des akuten Herzinfarktes ist nicht selten verschleiert, so dass die richtige Feststellung anfänglich nicht immer möglich ist. Für den Patienten wäre es besser gewesen, wenn er am Abend im Krankenhaus unter Bettruhe behandelt worden wäre. Es kann aber nicht bewiesen werden, dass bei sofortiger richtiger Diagnose und entsprechender Behandlung der tödliche Ausgang sicher hätte vermieden werden können.

Verfahrensausgang:
Am 20. Januar 1965 wurde das Ermittlungsverfahren eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.4.2. (L 36/67)

Patient: 44 Jahre, verheiratet, Postinspektor.

Arzt: Fachneurologe, Leiter der Neurologischen Abteilung des Krankenhauses in einer Stadt von 32.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Angehörige des Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung, unterlassene Hilfeleistung.

Anamnese und Verlauf:
Nach Angaben der Angehörigen habe der Verstorbene seit Jahren an einer Geisteskrankheit gelitten. Er sei am 8.3.1967 beim Arzt gewesen, der ihm Schlafmittel verschrieben habe (Tonoquil, Valium und Vesparax).

Am 9.3.1967 fand die Ehefrau ihren Mann gegen 18.00 Uhr in der Wohnung im Schlafzimmer liegend auf. Er war zu diesem Zeitpunkt nicht mehr ansprechbar. Bei den darauffolgenden Bemühungen, einen Arzt zu erreichen, gab es gewisse Verzögerungen. Von dem schliesslich erschienen Arzt wurde die Einweisung in das Krankenhaus veranlasst. Bis zu diesem Zeitpunkt waren circa zwei bis drei Stunden vergangen.

Sofort nach der Krankenhauseinlieferung wurde gegen 20.00 Uhr eine ausgedehnte Magenspülung durchgeführt, wobei weisser bröckliger Inhalt zutage kam. Wie bereits zuvor war der Patient tief bewußtlos, Reflexe waren nicht mehr auszulösen, eine Reaktion auf Gabe von Kreislauf- und Weckmitteln in hoher Dosierung erfolgte nicht mehr. Schliesslich trat trotz aller Bemühungen am 10.3.1967 gegen 20.45 Uhr der Tod ein.

Sektionsbefund:
Hirnschwellung, massives Lungenödem und Lungenentzündung, Herzvergrößerung, akute Schädigung des Herzmuskels und der

Leber, Erweichung der Magenwand mit großer Durchtrennung, sowie Andauung von Zwerchfell, Lunge und Milzoberfläche. Schwellung des Nebennierenmarkes und der Bauchspeicheldrüse.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Bei der chemischen Untersuchung zahlreicher Leichenteile liessen sich nur geringe Mengen von Schlafmittel feststellen. Da diese Wirkstoffe noch 30 Stunden nach der möglichen Giftaufnahme vorhanden waren, kommt eine Überdosierung in Betracht. Infolge der erheblichen akuten degenerativen Veränderungen des Herzmuskels sowie chronisch krankhaft veränderter Nieren dürfte der Tod nicht allein durch die Giftaufnahme, sondern mitwirkend auch durch die beschriebenen Organveränderungen eingetreten sein.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Ermittlungsverfahrens am 13. Oktober 1967.

Gründe:
Selbstmord durch Einnahme einer Überdosis Schlaftabletten. Kein Verschulden dritter Personen.

4.4.3. (L 195/68)

Patient: 29 Jahre, verheiratet, Stapelfahrer.

Arzt: 1. Fachneurologe; 2. Ärzte der Chirurgischen Abteilung, Kreiskrankenhaus in einer Stadt von 24.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Amtsgericht.

Todesursachenermittlung zur Feststellung eines strafrechtlichen Verschuldens dritter Personen.

Vorwurf: 1. Kann ein Fehlverhalten bei der Behandlung des Patienten festgestellt werden?

2. Kann der Tod des Patienten auf das eventuell vorliegende Fehlverhalten zurückgeführt werden? (Arzneimittel-Überdosierung)

Anamnese und Verlauf:
Der 29jährige Patient war bereits seit längerer Zeit als starker Trinker bekannt; er trank durchschnittlich täglich sieben Flaschen Bier. Im September 1966 Auftreten eines Subileus, wobei sich während des stationären Aufenthaltes ein typisches Alkoholdelir entwickelte. In den letzten Monaten vor seinem Tode sei der Patient sehr nervös gewesen, er habe auch einen ausgeprägten Fingertremor gehabt.

Am 13.9.1968 zog er sich eine Sägeschnittverletzung der linken Hand zu, deren operative Versorgung im Krankenhaus ... stationär durchgeführt wurde. Der postoperative Verlauf war zunächst unauffällig; in der Nacht erhielt der Patient wegen starker Schmerzen Dolantin. Am 14.9.1968 traten gegen 07.00 Uhr Erbrechen auf, zunehmende Unruhe, Schwitzen, Tremor besonders im Bereich der oberen Extremitäten, beginnende Verwirrung, Nesteln an der Bettdecke. Unter Gabe von insgesamt 300 ml Distraneurin gelang eine zufriedenstellende Sedierung. Im Laufe der Nacht zum 15.9.1968 erneute starke motorische Unruhe

mit Verwirrung, so dass es erforderlich wurde, den Verletzten mit Gurten zu fixieren. An Distraneurin erhielt der Patient am 15.9.1968 insgesamt 400 ml, nach Auftreten von Halluzinationen gegen 19.00 Uhr Gabe von SEE, worauf keine nennenswerte Beruhigung eintrat. Deshalb gegen 22.00 Uhr intravenöse Gabe von circa 6 ml Trapanal, gegen 23.30 Uhr sowie noch etwas später jeweils 2 ml Trapanal. Im Laufe der frühen Morgenstunden des 16.9.1968 starker Erschöpfungszustand, der Verletzte war weiterhin verwirrt, desorientiert, nicht ansprechbar, reagierte jedoch auf Schmerzreize. Es kam zu einer zunehmenden Verschlechterung der Kreislaufsituation mit Temperaturanstieg bis 42° C. Zunehmende Zyanose und gegen 09.30 Uhr am 17.9.1968 Eintritt des Todes unter den Zeichen des Herzkreislaufversagens.

Sektionsbefund:
Am 17.9.1968 wurde das klinisch festgestellte akute Herz-Kreislaufversagen bestätigt, ferner ein starker Hirndruck infolge Hirnschwellung festgestellt. Es handelt sich um das übliche anatomische Bild, das bei tödlich endenden Delirien zu beobachten ist.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
1. Der 29 Jahre alte Patient ist infolge eines Alkoholdelirs an einem Herz- und Kreislaufversagen gestorben.

2. Die an sich übliche Ruhigstellung des deliranten Patienten durch Distraneurin war in Kenntnis der Vorgeschichte zu schwach dosiert. Es wäre Aufgabe des Fachneurologen gewesen, die behandelnden Ärzte auf die Besonderheit des Falles hinzuweisen. Nach Absetzen von Distraneurin am Abend des 15.9.1968 das Kurznarkotikum Trapanal zu verabfolgen, war nicht angezeigt, da Wirkungsverstärkungen bekannt sind.

3. Es lässt sich nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachweisen, ob die fehlerhafte Anwendung von Distraneurin und Trapanal ursächlich den Tod des Patienten herbeigeführt hat. Die Letalitätshäufigkeit nach Ausbruch

eines Alkoholdelirs ist auch auf dem gegenwärtigen Stand der ärztlichen Wissenschaft mit 16 % sehr hoch. Die Prognose war im vorliegenden Fall entsprechend der Vorgeschichte besonders ungünstig. Es ist folglich zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass der Patient auch dann gestorben wäre, wenn die Arzneimittel sachgerecht verabfolgt worden wären.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Ermittlungsverfahrens wegen Verdachtes unnatürlichen Todes des Patienten nach § 170/II StPO. Für die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens gegen die behandelnden Ärzte wegen fahrlässiger Tötung besteht somit mangels eines nachweisbaren Ursachenzusammenhangs zwischen etwaigen ärztlichen Kunstfehlern und dem Tod des Patienten kein Anlaß.

4.4.4. (L 75/70)

Patient: 35 Jahre, Koch und Gastwirt.

Arzt: 57 Jahre, Facharzt für Innere Krankheiten, Chefarzt des Kreiskrankenhauses in einer Stadt von 4.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Angehörige des Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Der Patient war Koch und Juniorchef einer Gaststätte in ... Angeblich sei er Alkoholiker gewesen. Nach Angaben der Ehefrau stürzte er am 21.5.1970 gegen 02.00 Uhr morgens in stark betrunkenem Zustand rücklings auf den Steinfußboden der Küche und schlug mit dem Hinterkopf auf. Er sei zunächst am Boden liegengeblieben, bis ihm die Ehefrau aufgeholfen hätte. Anschliessend sei er ohne fremde Hilfe an den Stammtisch gegangen, habe sich gesetzt und etwas erbrochen. Verletzungen seien am Kopf nicht zu sehen gewesen.

Am 21.5.1970 sei er im Bett geblieben, weil ihm angeblich nicht gut war. In der Nacht zum 22.5.1970 sei er unruhig geworden und am Morgen des 22.5.1970 verwirrt gewesen, woraufhin er vom Hausarzt mit der Verdachtsdiagnose Alkoholdelir ins Kreiskrankenhaus ... eingewiesen wurde.

Bei der Aufnahmeuntersuchung war der Patient in schlechtem Zustand, konnte noch laufen, zeigte eine leichte Zyanose und hatte Schaum vor dem Mund. Pupillen seitengleich, mit träger Reaktion auf Licht; Reflexe allseits seitengleich abgeschwächt, Babinski negativ. Patient war insgesamt desorientiert. Der Herzbefund war ohne Besonderheiten, der Blutdruck 130/90 mm Hg. Die Leber war um drei Querfinger verbreitert, die Milz nicht tastbar.

Im folgenden sei der Patient immer sehr unruhig gewesen, so dass er ans Bett gefesselt werden musste. Die Erscheinungen hätten insgesamt das typische Bild eines Alkoholdelirs geboten. Die Behandlung erfolgte auch in entsprechender Weise mit Distraneurin sowie Gabe von Antibiotika und Kreislaufmitteln. Bei mehrfachen Untersuchungen wurden angeblich keine Hinweise auf eine Stauungspapille, keine Reflexdifferenzen, keine Hirndruckzeichen gefunden. Die Temperatur lag während des gesamten stationären Aufenthaltes zwischen 38 und 39,6° C im Tagesrhythmus schwankend. Am Morgen des 29.5.1970 starb der Patient gegen 08.00 Uhr unter dem Bild des Herz-Kreislaufversagens.

Sektionsbefund:
Schädelfraktur im linken Schläfenscheitelbereich. Circa 5-markstückgroßer Rindenprellungsherd an der Basis des linken Stirnhirns sowie des rechten basalen Stirnhirns. 5-markstückgroßer Rindenprellungsherd an der Basis des linken Schläfenlappens. Ausgedehntes subdurales Hämatom über der gesamten linken Hemisphäre. Lokale subarachnoidale Blutung im Bereich der Rindenprellungsherde. Traumatisches Hirnödem. Massenverschiebung der linken Großhirnhemisphäre. Großtropfige degenerative Leberzellverfettung.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Der Verstorbene war Trinker. Wird solchen Personen durch irgendwelche Umstände der Alkohol plötzlich entzogen, so kann ein Alkoholdelir ebenso plötzlich auftreten. Dies äußert sich in motorischer Unruhe mit Bettflüchtigkeit und Störung des Bewußtseins, um nur einige Erscheinungen zu nennen. Das gesamte delirante Zustandsbild war von dem Beschuldigten klassisch geschildert worden. Wenn die Ehefrau angab, ihr Mann sei in der Nacht zum 22.5.1970 unruhig gewesen, habe immer aufstehen wollen und vorbeigeredet, so konnten die Ärzte in Unkenntnis des aktenkundigen Sturzes auf den Hinterkopf ohne weiteres die Diagnose eines Alkoholdelirs stellen.

Es ist nicht ausgeschlossen, dass bei dem Patienten Erscheinungen zweier Krankheitsbilder gleichzeitig aufgetreten sind, nämlich die der Schädelhirnverletzung einschliesslich der Blutung zwischen die Hirnhäute und die eines Alkoholdelirs. Diese Annahme gewinnt durch die Aussage der Ehefrau an Wahrscheinlichkeit, wonach der Zustand bei ihrem Mann zumindest bis zum Dienstag gleichermaßen unverändert und er an diesem Tag sogar bewußtseinsklar gewesen sein soll. Unter dieser Voraussetzung wäre es nicht verwunderlich, wenn der Beschuldigte von der Diagnose Alkoholdelir überzeugt war und dementsprechend seine Behandlungsmaßnahmen traf.

Die Ehefrau hat mit dem Beschuldigten während des Krankenlagers des Mannes nicht gesprochen. Sie will einem Arzt und einer Ärztin vom Sturz in der Küche berichtet, aber den Sturz auf den Hinterkopf nicht erwähnt haben. Offenbar haben die Ärzte deshalb einer Schädelhirnverletzung keine so große Bedeutung beigemessen. Wäre der Sturz mit all seinen Folgen, wie in den Akten dargestellt, den Ärzten bekannt gewesen, dann hätten allerdings weitere Untersuchungen zur Klärung der Diagnose erfolgen müssen.

Der Beschuldigte misst einer Röntgenuntersuchung des Schädels, die freilich nicht obligat ist, keine sonderliche Bedeutung zu. Dieser Ansicht kann nicht gefolgt werden, denn wenn der Schädelbruch auf dem Röntgenbild zu sehen gewesen wäre, dann hätten durch eine Punktion des Rückenmarksackes Blut im Hirnwasser und durch eine Röntgenkontrastuntersuchung des Gehirns und seiner Häute die Hirnverdrängung nachgewiesen werden können. Auch wenn eine Röntgenuntersuchung nicht obligat ist, wird sich der verantwortungsbewußte Arzt zu einer solchen Untersuchung entschliessen.

In Kenntnis der Umstände des Falles wird man aus ärztlicher Sicht zu der Auffassung gelangen müssen, dass bei differenzierter Betrachtung der Lage dieses Krankheitsbildes mit der nötigen Sicherheit nicht zu beweisen ist, dass der Beschuldigte bei der Behandlung seines Patienten gegen die anerkannten

Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen hat. Im übrigen liesse es sich nicht beweisen, dass der Patient, wäre die Diagnose einer Blutung zwischen die Hirnhäute gestellt worden, durch eine geeignete Behandlung am Leben geblieben wäre.

Verfahrensausgang:
Am 25. Februar 1971 wurde das Verfahren wegen Verdachtes der fahrlässigen Tötung eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.4.5. (L 57/72)

Patientin: 47 Jahre, Arbeiterin.

Arzt: 35 Jahre, niedergelassener Facharzt für Innere Krankheiten in einer Stadt von 32.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Die Patientin klagte seit circa einem Jahr über Schmerzen im rechten Oberbauch, hatte an Gewicht abgenommen und war deshalb bei verschiedenen Ärzten in Behandlung gewesen. Die Patientin wurde insgesamt viermal mit Trasylol und einmal mit Essentiale intravenös behandelt. Bei den ersten drei Injektionen seien Trasylol und Essentiale gleichzeitig zur Anwendung gekommen. Bei der letzten Injektion jedoch Trasylol ohne Essentiale, da von dem Beschuldigten eine Unverträglichkeit gegen Essentiale befürchtet worden war.

Am 24.3.1972, nachdem die Patientin die dritte Injektionsbehandlung erhalten hatte, traten in der Nacht darauf eine urtikarielle Hautreaktion und am darauffolgenden Tag, am 25.3.1972, ein Kreislaufschock auf, der vom Bereitschaftsarzt behandelt wurde. Da der Schockzustand nach dem Baden aufgetreten war, wurde von dem beschuldigten Arzt eine allergische Reaktion auf ein Bademittel angenommen und Tavegil-Tabletten verabreicht. Am 28.3.1972 wurde von dem Beschuldigten wiederum eine Injektion von Trasylol 100 000 E. gegen 16.2o Uhr vorgenommen, kurz danach wurde die Patientin pulslos. Er spritzte ihr noch eine Ampulle Calcistin, 50 mg Soludecortin H und veranlasste die Überführung ins Krankenhaus.

Dort wurde bei der Patientin sofort mit externer Herzmassage und künstlicher Beatmung nach Intubation begonnen. Im EKG

konnte ein AV-Block zweiten Grades nachgewiesen werden, mit einer Kammerfrequenz um 35 pro Minute. Im Verlauf der Wiederbelebungsmaßnahmen wurden ein Subclaviakatheter rechts und links in die obere Hohlvene eingeführt, nach zwei Stunden auch ein Femoraliskatheter von der linken Leistenbeuge in die untere Hohlvene. Sofortige Injektion von 250 mg Urbason, Infusionen mit Macrodex 6 %ig mit Alupent, Laevosan 5 %ig mit Xylocain, zweimal 500 ml Tristeril und Natriumbikarbonat. Außerdem diverse Herz- und Kreislaufmedikamente.

In den ersten zehn Minuten der Wiederbelebungsversuche kam es zu einem Kammerflattern, das jedoch mit einem Elektroschock beseitigt werden konnte. Danach trat eine Bradykardie von 20 Aktionen pro Minute auf, die trotz intravenöser Gabe von Alupent nicht behoben werden konnte. Erst nach intrakardialer Injektion von einer Ampulle Arterenol gelang es, einen konstanten Sinusrhythmus von etwa 80 pro Minute zu erhalten. Die Pupillen waren inzwischen enger geworden und reagierten auf Lichteinfall. Durch Beatmung konnte die Zyanose beseitigt werden, die Peripherie wurde warm und rosig. Nach drei Stunden immer noch keine Urinausscheidung trotz hochdosierter Gabe von Lasix. Gegen 23.00 Uhr plötzlicher Pulsabfall, der nicht mehr beherrscht werden konnte. Gegen 23.10 Uhr Herzstillstand, keine Spontanatmung, Anurie. Als Todesursache wurde ein Herz-Kreislaufversagen im anaphylaktischen Schock angenommen.

Sektionsbefund:
Hochgradige Schwellung des Gehirns, Flüssigkeitsausscheidung in die Brust- und Bauchhöhle. Mässige Blutfülle und Feuchtigkeitsdurchtränkung der Lungen. Stauung der Milz. Zerfliessendes Lebergewebe. Blasse weiche Nieren. Steingallenblase, mässige Verkalkung der rechten Kranzschlagader, stärkere Verkalkung der Bauchschlagader. Starke Fettleibigkeit.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Die 47 Jahre alte Patientin starb am 28.3.1972, nachdem ihr

von dem Beschuldigten Trasylol-Injektionen verabfolgt worden waren. Zur Beurteilung, ob den Arzt der Vorwurf eines Kunstfehlers trifft, wurden die folgenden Fragen aufgeworfen:

1. Hat sich der behandelnde Arzt am 28.3.1972 von dem guten körperlichen Zustand, in dem sich die Patientin befunden habe, durch eine entsprechende Untersuchung überzeugt?
2. Hat er im Hinblick auf die abgelaufene allergische Reaktion Vorkehrungsmaßnahmen getroffen, das heißt, ein Antihistaminmittel gegeben, um einer weiteren allergischen Reaktion vorzubeugen?
3. Ist der anaphylaktische Schock bei der Dauer der Injektion (angeblich 15 bis 20 Minuten) nicht schon während der Injektion aufgetreten?
4. Hat sich der behandelnde Arzt über die Nebenwirkungen von Trasylol informiert?
5. Warum bezog er die allergische Reaktion bei der Patientin nur auf die Badeseife und nicht auf seine medikamentöse Behandlung?

Nach sämtlichen Ermittlungen kann sich der beschuldigte Arzt erst zu einem viel späteren Zeitpunkt, als die Behandlung der Patientin stattgefunden hatte, über die Wirkungen und Nebenwirkungen von Trasylol in ausreichendem Maße informiert haben. Er kann sonach auch zum Zeitpunkt der Behandlung über keine ausreichenden Kenntnisse verfügt haben; möglicherweise resultierte daraus auch die Verabfolgung zu kleiner Dosen. Nach seinen Ausführungen habe er die Patientin am 28.3.1972 körperlich nochmals untersucht, dagegen habe er von nochmaligen labortechnischen Untersuchungen abgesehen. Er hat somit bezüglich dieser Frage die erforderliche Sorgfalt walten lassen.

Zu den Fragen 2 und 3 gab der Beschuldigte an, er habe trotz Kenntnis der allergischen Reaktion vor der Gabe von Trasylol kein Antihistaminikum gespritzt. Offenbar hatte er sich darauf verlassen, dass die Patientin die Tavegil-Tabletten

eingenommen habe. Im übrigen sei der Schock eine bis zwei Minuten nach Beendigung der Injektion aufgetreten.

Hierzu ist zu bemerken, dass der Beschuldigte nicht die erforderliche Sorgfalt hat walten lassen. Im Beipackzettel zu Trasylol steht der Schlußsatz: "Neigt der Patient zu Überempfindlichkeitsreaktionen, sind Antihistaminika vor der Injektion von Trasylol angezeigt". Im übrigen scheint es wenig wahrscheinlich, dass der Schock erst 16 bis 22 Minuten nach Beginn der letzten Injektion auftrat, denn nach ärztlicher Erfahrung ist dies in der Regel bei sensibilisierten Personen fast augenblicklich der Fall. Andererseits wird man die Einlassung nicht widerlegen können.

Zur Frage 5 ist zu antworten, dass sich der Beschuldigte, - gleich aus welchem Grunde -, in einem Irrtum befunden hat, wenn er die allergische Komponente nicht auf seine medikamentöse Behandlung, sondern auf das Bademittel bezog. Selbst wenn man annehmen würde, die allergischen Reaktionen bei der Patientin seien nicht durch Trasylol, sondern durch ein Bademittel verursacht worden, musste der Beschuldigte mit einer Überempfindlichkeitsreaktion bei der Fortführung der Trasylol-Behandlung rechnen.

Fasst man diese Erörterungen zusammen, so ergibt sich, dass der Beschuldigte bei der Behandlung der 47 Jahre alten Patientin mit Trasylol nicht die erforderliche Sorgfalt hat walten lassen. Die Fortführung der Behandlung nach Auftreten von allergischen Reaktionen ohne vorherige Gabe eines Antihistaminikums entspricht nicht den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst.

Fachmedizinisches Gutachten, veranlasst durch den Verteidiger des Beschuldigten:
Nach Lage des Sachverhaltes lag es für den behandelnden Arzt zweifelsohne näher anzunehmen, die verordneten Tabletten oder das Bademittel seien unter Umständen Ursache der Allergie, als das von ihm injizierte Trasylol, da die Tabletten

laufend genommen wurden und somit ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen Medikamenteneinnahme und allergischer Reaktion denkbar war, während zwischen Trasylol-Injektion und allergischen Hauterscheinungen ein Intervall von mindestens neun Stunden lag.

Als die Patientin am 28.3.1972 ohne klinische Zeichen einer allergischen Reaktion wieder in der Sprechstunde erschien, um eine weitere Trasylol-Injektion zu erhalten, konnte der Beschuldigte bei Berücksichtigung aller aufgeführten Gesichtspunkte weder erwarten,noch voraussehen, dass die letzte Trasylol-Injektion zu einer schwersten und schliesslich tödlich verlaufenden anaphylaktischen Reaktion führen könnte.

Die Empfehlung des Trasylol-Herstellers, bei Neigung zu Überempfindlichkeits-Reaktionen vor der Trasylol-Gabe Antihistaminika zu geben, war insofern befolgt, als die Patientin zu diesem Zeitpunkt noch Antihistaminika in Form von Tabletten eingenommen hatte. Selbst wenn man so weit geht zu fordern, der Beschuldigte habe mit einer allergischer Reaktion durch Trasylol rechnen müssen, schliesst dies keinesfalls ein, dass für ihn der Ausgang in einen tödlichen anaphylaktischen Schock subjektiv oder überhaupt objektiv vorauszusehen war.

Nach der Information, die ihm in Form des Beipackzettels der Herstellerfirma zur Verfügung stand, hätte er bestensfalls mit Überempfindlichkeitsreaktionen rechnen können, die nach der Schilderung nicht einmal den Schweregrad eines Kreislaufschocks,geschweige denn einen tödlichen Ausgang beinhalten konnte. Dies hätte vorausgesetzt, dass er die gesamte,weit über 2000 Arbeiten umfassende Literatur über Trasylol gekannt hätte, was ein absolut unbilliges Ansinnen darstellt, welches darüberhinaus irreal und praktisch kaum zu verwirklichen wäre. In der für ihn gegebenen Situation musste der unmittelbar nach der Trasylol-Injektion am 28.3.1972 aufgetretene schwerste und schliesslich zum Tod führende anaphylaktische Schock ein absolut unerwartetes und de facto

nicht vorhersehbares Ereignis gewesen sein. Es ergeben sich daher keine Anhaltspunkte, dass er fahrlässig oder schuldhaft die Regeln der ärztlichen Kunst verletzt oder nicht die erforderliche Sorgfalt hat walten lassen.

Verfahrensausgang:
Am 28. Juli 1974 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung gemäß § 170/II StPO eingestellt, da eine Verletzung der anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst durch den Beschuldigten nicht wahrscheinlich, jedenfalls nicht nachweisbar war.

Gründe:
Siehe fachmedizinisches Gutachten.

4.4.6. (L 25/73)

Patient: 55 Jahre, Justizamtmann.

Arzt: Ärzte der Medizinischen Universitätsklinik in einer Stadt von 90.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehefrau des Verstorbenen.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung durch Verabreichen einer falschen Blutkonserve.

Anamnese und Verlauf:
Der Patient verspürte schon seit längerer Zeit unklare Oberbauchbeschwerden, die jedoch von ihm nicht sonderlich ernst genommen wurden. Am Samstag, dem 21.1.1973, erbrach er das erste Mal eine größere Menge Blut. Das Befinden besserte sich jedoch, so dass er noch keine ärztliche Hilfe in Anspruch nahm. In der Nacht vom 21. auf den 22.1.1973 erneut Auftreten von Erbrechen dunkler bis schwarzer Blutmassen sowie Abgang von Teerstühlen. Deshalb wurde er am 22.1.1973 gegen 06.00 Uhr im Kreiskrankenhaus ... aufgenommen. Bei der Aufnahme war er blass und kollaptisch und gab Druckschmerzhaftigkeit des Oberbauches an. Seit längerer Zeit nahm er Thomapyrin wegen Kopfschmerzen sowie Amunozäpfchen und Buscopan wegen Bauchschmerzen zu sich.

Noch am gleichen Tag wurde er in die Universitätsklinik ... verlegt. Hier wurde er zunächst mit Infusionen und dann mit Blut behandelt. Anschliessend wurde eine Magen-Darm-Spiegelung durchgeführt. Dabei wurde ein blutendes Geschwür an der Hinterwand des Zwölffingerdarmes festgestellt. Danach weitere Bluttransfusionen. Hierbei kam es zu einer Verwechslung: Man infundierte dem Patienten Blut einer nicht passenden Blutgruppe. Die Verwechslung erklärte sich daraus, dass im Nebenbett ein gleichnamiger Patient lag. Noch in der Nacht des 22.1.1973 wurde der Patient in die Chirurgische Klinik ...

verlegt und dort am Magen operiert. Gleichzeitig wurde auch die entzündlich veränderte Gallenblase entfernt sowie das neben dem Geschwür des Zwölffingerdarmes blutende Gefäß umstochen. Bei der Operation und danach waren die Kreislaufverhältnisse stabilisiert. Klinisch ergaben sich keine Anhaltspunkte für Blutunverträglichkeitsreaktionen. Am 23.1.1973 stellten die Röntgenbilder keinen Hinweis für gröbere infiltrative Verschattungen der Lungen dar. Bereits am 26.1.1973 fanden sich jedoch ausgedehnte Entzündungsherde im Bereich der rechten Lunge, die linke Lunge war frei.

Am 27.1.1973 erfolgte die Übernahme auf die Intensivpflegestation wegen Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Das Röntgenbild der Lungen vom 31.1.1973 ergab weitgehenden Rückgang der infiltrativen Prozesse, lediglich im rechten Unterfeld fanden sich noch miteinander konfluierende Infiltrate. Der Patient wurde neben den üblichen Behandlungsmethoden auch assistiert beatmet. Sein Zustand verschlechterte sich jedoch zusehends, bis er am 5.2.1973 gegen 06.10 Uhr starb.

Sektionsbefund:

Zustand nach Bauchoperation (Zweidrittel-Resektion des Magens, Entfernung der Gallenblase), intakte Operationsverhältnisse. Beidseitige, alle Lappen betreffende Lungenentzündung. Zeichen des akuten Herz-Kreislaufversagens. Grosse zerfliessliche Milz, Leberverfettung, Zeichen des Nierenversagens. Mässiggradige Herzvergrößerung, Hirnschwellung.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Der 57 Jahre alte Justizamtmann war an einem akuten Herz- und Kreislaufversagen infolge einer beidseitigen schweren Entzündung der Lungen gestorben. Unter Berücksichtigung der Krankenunterlagen ist davon auszugehen, dass die zum Tod führende doppelseitige Lungenentzündung durch das bei dem blutenden Geschwür am Zwölffingerdarm notwendig gewordene Krankenlager sowie die schwere Bauchoperation eingetreten ist.

Zur Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem Todeseintritt am 5.2.1973 und der Bluttransfusion vom 22.1.1973 besteht, muss bedacht werden, dass, nachdem festgestellt wurde, dass unverträgliches Blut infundiert wurde, die Transfusion sofort abgebrochen worden ist. Es folgten Gaben von Atosil und Cortison sowie Plasmaexpander. Weiterhin erfolgte wegen des fortbestehenden, in kurzen Abständen sich wiederholenden schweren Bluterbrechens und der Abgänge von frischem Blut aus dem Darm, durch die Schnelltransfusionen von insgesamt elf Konserven ein Blutaustausch. Die Kreislaufverhältnisse blieben so stabil, dass bereits kurze Zeit danach die Operation durchgeführt werden konnte.

Die Nierenausscheidung war normal, die mehrfachen Kontrollen der Hämolyse im Serum fielen negativ aus. Klinisch bestanden keine Symptome einer Blutgruppenunverträglichkeit.

Auch im weiteren Krankheitsverlauf wurden klinische Zeichen der Blutgruppenunverträglichkeit nicht festgestellt. Feingeweblich ergaben sich keine Anhaltspunkte für Blutzerfallsreaktionen in Leber und Milz.

Somit steht der Todeseintritt am 5.3.1973 nicht mit der nötigen Sicherheit in einem Zusammenhang mit der Bluttransfusion vom 22.1.1973.

Verfahrensausgang:
Am 29. Juni 1973 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung gemäß § 170/II StPO eingestellt, da die Untersuchungen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer strafbaren Handlung ergeben haben.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.4.7. (G 132/73)

Patientin: 69 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Arzt: 44 Jahre, Facharzt für Innere Krankheiten, verheiratet, in einer Stadt von 26.000 Einwohnern.
Anzeigeerstatter: Ehemann.

Vorwurf: Fahrlässige Körperverletzung.

Anamnese und Verlauf:
Die 68jährige Patientin befand sich seit dem 10.7.1967 in regelmässiger ärztlicher Behandlung bei einem Facharzt für Innere Krankheiten wegen einer Verhärtung im Bereich der linken Brust. Da zunächst keine Größenzunahme dieses Knotens als auch sonst keine verdächtigen Veränderungen auftraten, stellte der Arzt die Diagnose "Mammafibrom". Eine Operation hielt er zunächst nicht für erforderlich. Bis zum 24.10.1968 war die Patientin in laufender Behandlung. In den letzten Oktobertagen 1968 fiel eine Größenzunahme der Geschwulst auf, weshalb eine erneute Untersuchung und darauf eine Überweisung in ein Krankenhaus erfolgte, wo am 8.11.1968 nach histologischer Untersuchung die Totalamputation der linken Mamma durchgeführt wurde. Etwa ein Jahr später musste die ebenfalls an Krebs erkrankte rechte Brust operativ entfernt werden. Nach anfänglich guter Erholung kam es infolge von Metastasenbildung zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und am 8.10.1972 zum Eintritt des Todes.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Die Patientin wies im Alter von 68 Jahren einen Knoten in der linken Brust auf, der sich schliesslich als ein Brustkrebs erwies und im November 1968 operativ entfernt wurde. Gut ein Jahr später musste die ebenfalls an Krebs erkrankte rechte Brust operativ entfernt werden. Nach anfänglich guter Erholung kam es infolge Metastasenbildung zu einer Verschlech-

terung des Gesundheitszustandes und,- wenn man den 10.7.1967 als Anfangsstadium ansieht -, rund 5 1/2 Jahre nach den ersten Erscheinungen am 8.10.1972 zum Eintritt des Todes.

Der Vorwurf, durch eine Fehldiagnose und Fehlbehandlung sei der Krebs in der rechten Brust entstanden, kann nicht aufrecht erhalten werden. Der Brustkrebs siedelt in erster Linie Tochtergeschwülste in den Lungen und in den Knochen, nicht aber in der anderen Brustdrüse an. Man muss davon ausgehen, dass es sich beim Krebs in der rechten Brust um eine n e u e selbständige Erkrankung handelte.

Der Beschuldigte lässt nun vortragen, am 10.7.1967 sei die Patientin nicht operationsfähig gewesen; diese Ansicht entbehrt eine objektive Grundlage, denn die Behandlung mit Crataelanat und Perivar spricht nicht für eine Herz-Kreislauferkrankung schwerster Natur. Im übrigen ist die Narkosetechnik so weit vorangeschritten, dass auch Herzkranke länger dauernde Operationen gut überstehen.

Die wesentliche Frage ist, ob man dem Beschuldigten den Vorwurf machen kann, er habe dem Knoten in der Brust nicht genügend Sorgfalt zugewandt. Es wird ihm vorgehalten, er habe eine histologische Untersuchung unterlassen, denn, - so ist zu folgern -, nur durch diese wäre die richtige Diagnose gestellt worden. In den Akten klingt an, dass der Geschwulstknoten glatt und ebenmässig gewesen sei, erst später habe man eine höckerige Oberfläche getastet. Wenn also davon auszugehen ist, dass der Knoten zur Zeit der ersten Untersuchung glatt und ebenmässig und von der Größe einer Mandarine und dieser Knoten schon immer vorhanden gewesen war, dann brauchte der Beschuldigte nicht mit einer Bösartigkeit der Geschwulst zu rechnen. Dann genügte sein Hinweis, dass im Falle einer Vergrößerung eine entsprechende Untersuchung erforderlich werde.

Im übrigen sei darauf hingewiesen, dass auch trotz feingeweblicher Untersuchung einer fraglichen Geschwulst deren

bösartiger Charakter nicht immer zu erkennen ist. So kann, - auch wenn die feingewebliche Untersuchung die Methode der Wahl ist -, eine Unterlassung kein Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen Kunst sein. Allerdings kommen Bedenken, wenn man liest, dass am 27.5.1968 der Mammaknoten orangengroß war. Auch wenn die Oberfläche glatt zu tasten war, muss die Größenänderung von einer Mandarine zu einer Orange bedenklich stimmen und entsprechende weiterführende Untersuchungen veranlassen. Allerdings lässt sich nicht voraussagen, dass im Falle einer Diagnosenklärung und Operation im Mai oder Juni 1968 der tödliche Ausgang zu vermeiden gewesen wäre.

Dem Beschuldigten kann daher kein strafrechtlich relevanter Vorwurf gemacht werden, wenn er keine feingewebliche Untersuchung des Knotens in der linken Brust veranlasste. Auch bezüglich des Todes kann ihn kein Vorwurf treffen.

Verfahrensausgang:
Nach Rücksprache mit dem Ehemann der Verstorbenen wurde am 21. August 1973 das Verfahren gegen den Beschuldigten wegen fahrlässiger Tötung eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.4.8. (G 217/73)

Patientin: 83 Jahre, verwitwet, Hausfrau.

Arzt: 29 Jahre, Assistenzarzt, Krankenhaus in einer Stadt von 10.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Verdacht auf einen nicht natürlichen, durch Dritte verschuldeten Tod.

Anamnese und Verlauf:
Die 83jährige Patientin wurde am 17.6.1973 mit einer hoch fieberhaften Pneumonie in die Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses ... eingeliefert. Angeblich sei sie zu Hause umgefallen, auch habe sie mehrfach erbrochen und über starke Schmerzen im Rücken geklagt. Nach den erhobenen Befunden und nach den Angaben der Patientin wurde der Verdacht auf einen raumfordernden Prozess im Bereich der Nieren geäußert und eine Angiografie zur weiteren Diagnostik ins Auge gefasst. Nachdem die Pneumonie abgeklungen war und vom körperlichen Zustand der Patientin aus eine Röntgen-Kontrast-Darstellung der Nierengefäße verantwortet werden konnte, wurde diese Angiografie am 29.6.1973 gegen 09.30 Uhr durchgeführt. Noch während der Kontrastmittelinfusion (Conray) starb die Patientin. Als Todesursache wurde ein anaphylaktischer Schock angenommen.

Sektionsbefund:
Unklarer Fieberzustand, Verdacht auf Lungenembolie, allergischer Schock nach Verabreichung einer Conray-Infusion. Zeichen des akuten Nierenversagens mit einer mittelschweren Verkalkung der Nierengefäße. Schwere Verkalkungen der Körperschlagader in ihrem gesamten Verlauf mit zahlreichen Wandaufbrüchen und Gerinnselbildungen. Ferner fand sich ein knotenförmiger Kropf und ein bohnengroßer entzündlich infiltrierter Schleimhautpolyp im Magen.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Nach dem Ergebnis der Leichenöffnung und der weiteren feingeweblichen Untersuchungen lagen bei der 83 Jahre alten Patientin eine Fülle von krankhaften Veränderungen aus natürlicher Ursache vor. So fanden sich insbesondere im Bereich der Herzmuskulatur infarktartige Schwielen mit einer teilweise verschliessenden Verkalkung der Herzkranzgefäße. Im Bereich der Lungen wurden entzündliche Veränderungen festgestellt, desgleichen im Bereich der Nieren, die zudem eine mässiggradige Arterio- und Arteriolosklerose aufwiesen. Im Bereich des Schlagadersystems fanden sich sehr schwere Verkalkungen. Es handelte sich also insgesamt um schicksalhaft eintretende Organveränderungen, wie sie im höheren Lebensalter häufig einzutreten pflegen.

Andererseits haben sich jedoch keine Hinweise auf eine schwere Thyreotoxikose ergeben. Darüberhinaus dürfte es nicht einmal mit der forensisch erforderlichen Sicherheit geklärt sein, ob der Tod überhaupt Folge eines anaphylaktischen Schocks, also einer Überempfindlichkeitsreaktion nach der Conrayinfusion gewesen ist.

Nach dem Akteninhalt ist eine Schädelöffnung mit Sektion des Gehirns und den entsprechenden Untersuchungen unterblieben. In Anbetracht des geistigen Zustandes der Verstorbenen und der allgemeinen hochgradigen Arteriosklerose wäre nämlich darüberhinaus zu diskutieren, ob nicht möglicherweise eine Apoplexie als eigentliche Todesursache angesehen werden muss. Darüberhinaus aber weisen die organischen Veränderungen im Bereich des Herzens darauf hin, dass mit großer Wahrscheinlichkeit ein Herzversagen als Todesursache in Frage kommt. In jedem dieser beiden genannten Fälle würde es sich um einen Tod aus natürlicher innerer Ursache handeln. Insofern würde ein Fremdverschulden am Tode der Verstorbenen von vornherein entfallen, da sich aus gerichtsärztlicher Sicht keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine Überempfindlichkeitsreaktion nach Conray-Infusion ergeben.

Verfahrensausgang:

Am 22. April 1974 wurde das Verfahren wegen Verdachts eines nicht natürlichen Todes eingestellt.

Gründe:

Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.4.9. (G 253/73)

Patientin: 69 1/2 Jahre, ledig, Küchenhilfe.

Arzt: 44 Jahre, verheiratet, Chefarzt der Inneren Abteilung des Kreiskrankenhauses in einer Stadt von 25.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Assistenzarzt der Abteilung.

Vorwurf: Der Beschuldigte habe der Verstorbenen Ende Februar 1973 lebensnotwendige und lebenserhaltende Antibiotika vorsätzlich und durch billigeres Penicillin ersetzen lassen, worauf die Patientin am 23.2.1973 starb.

Anamnese und Verlauf:

Die 69 1/2 Jahre alte Küchenhilfe stürzte nach ihren eigenen Angaben rund drei Wochen vor ihrer stationären Aufnahme ins Krankenhaus beim Aufstehen aus dem Bett und schlug sich dabei den Kopf an. Etwa vier Tage vor der stationären Aufnahme traten leichte Lähmungserscheinungen im Bereich des rechten Armes und des rechten Beines auf. Deshalb erfolgte am 11.2.1973 die Einlieferung ins Krankenhaus.

In den ersten Tagen der stationären Behandlung waren lediglich die grobe Kraft als auch die physiologischen Reflexe im rechten Arm und Bein eingeschränkt. Aus den Krankenunterlagen ergab sich, daß der Zustand der Patientin bis zum 19.2.1973 zufriedenstellend war und zu keiner Besorgnis Anlaß gab. Am 19.2.1973 kündigte der Temperatur- und Pulsfrequenz als Folge einer hypostatischen Bronchopneumonie. Die Patientin wurde zunehmend bewußtseinsgetrübt und anschließend trat komatöse; die Temperatur stieg auf 41,5° C an. Da kein Rückgang der Temperatur zu erreichen war, wurde das seither verabreichte Antibiotikum Perazin eingestellt und Bimotal gegeben. Die Herz-Kreislauf-Therapie wurde unverändert weitergeführt. Am 23.2.1973 trat der Tod unter den Zeichen des Herz-Kreislauf-Versagens ein.

Sektionsbefund:
Keine Sektion.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Was die Ursache des Krankheitsverlaufes gewesen ist, wird sich erstens mangels Sektionsprotokolls und zweitens weiterführender diagnostischer Maßnahmen (zum Beispiel Carotisangiographie) nicht mit der nötigen Sicherheit beurteilen lassen.

Freilich ist eine langsam fortschreitende Hirnerweichung auf dem Boden einer Schlagaderverkalkung, wie sie von dem Beschuldigten angenommen worden ist, eine der denkbarsten Erklärungsmöglichkeiten. Daneben käme vor allem infolge des Sturzes mit Anstoß des Kropfes auf ein hartes Widerlager eine langsam sich ausbreitende subdurale Blutung oder ein Verschluß der linken Halsschlagader durch eine Thrombose in Betracht.

Nach den zur Verfügung gestellten Unterlagen, sowie nach den Angaben des Anzeigeerstatters und des Beschuldigten, wird man davon ausgehen müssen, dass die Lebensuhr abgelaufen war, auch wenn eine gewisse Zeitspanne bei anderer therapeutischer Maßnahme denkbar ist.

Andererseits wird dem Beschuldigten der Vorwurf, durch Änderung seiner therapeutischen Maßnahmen den vorzeitigen Tod der Patientin verursacht zu haben, niemals mit der für eine strafrechtliche Beurteilung erforderlichen Sicherheit zu machen sein, denn die Krankenunterlagen weisen aus, dass die Schwerstkranke bis zum Todestag sowohl mit Kreislaufmitteln als auch mit Antibioticis versorgt worden ist.

Der Vorfwurf, der Beschuldigte habe infolge Kunstfehlers den Tod der 69 1/2 Jahre alten Patientin verursacht, kann nicht aufrecht erhalten werden.

Verfahrensausgang:
Kein Ermittlungsverfahren.

4.5. Gynäkologische Fälle

4.5.1. (L 19/64)

Patientin: 29 Jahre, geschieden.

Arzt: Gynäkologe, Belegbetten, 43 Jahre, verheiratet, in einer Stadt von 10.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Kriminalkomissariat.

Vorwurf: Verdacht auf fahrlässige Tötung durch nicht sachgemäß ausgeführte Abrasio.

Anamnese und Verlauf:
Die Patientin wurde am 21.8.1964 erstmals in der Universitäts-Frauenklinik ... untersucht, wobei ein faustgroßer zystischer Tumor im Unterbauch festgestellt wurde. Eine Operation wurde aus finanziellen Gründen abgelehnt. Bis zum 24.8.1964 mehrere Untersuchungen. Am 14.9.1964 Auftreten von starken Blutungen und Schmerzen im Unterbauch. Daraufhin stationäre Aufnahme am 21.9.1964 im Kreiskrankenhaus ... und Ausschabung wegen Verdachtes auf stattgehabten Abort.

Die histologische Untersuchung ergab ältere Abortreste.

In der Nacht zum 24.9.1964 Übelkeit und Erbrechen, im Verlaufe des 24.9.1964 Ansteigen der Temperatur bis 41,5° C mit kollapsartiger Kreislauflage. Hierauf antibiotische Behandlung und Kreislaufmittel, zum Schluß Solu-Decortin. Allgemeinbild: sepsisähnlich. Am 25.9.1964 gegen 01.00 Uhr nach Rücksprache mit der Frauenklinik ... Verlegung dorthin. Die Patientin starb auf dem Transport gegen 01.30 Uhr. Nach Angaben der Mutter der Verstorbenen sei ihr von einer Fehlgeburt der Tochter nichts bekannt gewesen. Als Todesursache wurde von der Universitätsfrauenklinik ... die Diagnose "Shwartzman-Sanarelli-Phänomen" gestellt.

Sektionsbefund:
Zahlreiche punkt- und hirsekorngroße, blaurötlich, leicht erhabene und teilweise mit zentralen gelben Kuppen ausgestattete Hautveränderungen im Gesicht sowie an den Schultern und im oberen Brustbereich. Blutaustritte in den Bindehäuten beider Augen. Starke Blutfülle und Feuchtigkeitsdurchtränkung des Gehirns und seiner Häute. Keine Luftembolie. Zahlreiche dichtstehende Blutaustritte im Herzfell, einzelne Blutaustritte im Lungenfell. Eileiterschwangerschaft mit abgestorbenem Fötus.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Die klinischen Erscheinungen und das Ergebnis der Leichenöffnung sowie der Befund der feingeweblichen Untersuchung sprechen dafür, dass die 29jährige Patientin an einem "Shwartzman-Sanarelli-Phänomen" gestorben ist. Als Ausgangspunkt dieser Erkrankung ist die abgestorbene,abnorm angelegte Schwangerschaft (Bauchhöhlenschwangerschaft) anzusehen. Ein Verstoß gegen die Regeln der ärztlichen Kunst lässt sich bei dem beschuldigten Arzt, soweit er am 21.9.1964 die Ausschabung der Gebärmutterhöhle vornahm, im Hinblick auf die abnormen Schwangerschaftsverhältnisse nicht mit der für die strafrechtliche Beurteilung nötigen Sicherheit nachweisen. Bei der besonderen Lagerung des Falles konnte der Arzt auch nicht voraussehen, dass die durchgeführte Ausschabung den Tod der Patientin nach sich ziehen würde.

Verfahrensausgang:
Es wurden keine weiteren Ermittlungen durchgeführt.

4.5.2. (G 7/69)

Patientin: 20 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Arzt: 61 Jahre, verheiratet, Facharzt für Frauenkrankheiten. Privatklinik in einer Stadt von 13.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Verdacht auf fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Seit der Geburt habe die 20jährige Patientin ein warzenförmiges Muttermal an der linken Wange aufgewiesen. Dieses sollte durch den behandelnden Frauenarzt bereits nach der Geburt des zweiten Kindes entfernt werden, was jedoch aus ungeklärten Gründen unterblieb. 14 Tage nach der Geburt des dritten Kindes erfuhr der Ehemann von seiner Frau, dass nunmehr das Muttermal während der Geburtsnarkose operativ entfernt worden sei. Circa vier Wochen nach dem Eingriff habe nur noch eine 2,5 cm lange Narbe bestanden. Der Patientin sei es ausgezeichnet gegangen. Sechs Wochen nach der Geburt trat eine Schwellung an der vorderen linken Halsseite auf, außerdem sei die linke Brust verhärtet gewesen. In den folgenden vier Wochen immer stärkere Schwellung der Brust. Da der Hausarzt eine bösartige Geschwulst vermutete, überwies er die Patientin in die Universitätsklinik ... Dort erfolgte am 24.7.1968 die operative Ausräumung der Lymphknoten in der linken Halsseite, der linksseitigen Axillarlymphknoten sowie die Ablatio der linken Mamma. Nach Auskunft der behandelnden Ärzte bestand für die Patientin nach der Operation nur noch eine geringe Lebenserwartung. Ab Anfang Oktober 1968 litt die Frau unter starken, kaum noch zu ertragenden Schmerzen; der Tod trat am 13.10.1968 ein.

Sektionsbefund:
Zustand nach Excision eines juvenilen Melanomnaevus mit nachfolgender operativer Ausräumung der Lymphknoten an der linken

Halsseite, der linksseitigen Axillarlymphknoten sowie einer Ablatio der linken Mamma. Ausgedehnte Metastasierung eines reichlich Melaninpigment enthaltenden weitgehend entdifferenzierten malignen Melanoms in nahezu alle parenchymatösen Organe. Ausgedehnter Zerfall der Schädelkalotte, sowie aller Wirbelkörper. Terminales Lungenödem, strangförmige linksseitige Pleuraverwachsungen, ausgeprägte Tumorkachexie.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Frage, ob der Beschuldigte den Tod der Patientin durch Fahrlässigkeit, insbesondere
1. durch Unterlassung einer früheren Entfernung des Muttermals, oder
2. durch ärztlichen Kunstfehler bei der Entfernung des Muttermals im Mai 1968 verursacht habe?

Die ärztlichen Meinungen über die Behandlung solcher Muttermale divergieren stark. Aus reiner Prophylaxe wird einmal die Entfernung empfohlen, um rechtzeitig einer stets möglich bösartigen Entwicklung vorzubeugen. Um die mögliche, rasch einsetzende Entwicklung nicht zu provozieren, wird zum anderen vor jedem ärztlichen Eingriff an einem Muttermal gewarnt.

Wenn nun die von der Staatsanwaltschaft gestellten Fragen zu beantworten sind, kann eingangs schon unterstrichen werden, dass dem Beschuldigten kein Verstoß gegen die anerkannten Regeln nachzuweisen ist, weil er das Muttermal nicht bereits zu einem früheren Zeitpunkt entfernt hatte. Man könnte zwar erwägen, ob hormonelle Umstimmungen während der Schwangerschaft die Umbildung des Muttermales in eine bösartige Geschwulst begünstigt hätten, doch liegen darüber keine stichhaltigen Erhebungen vor, so dass es letztlich bei theoretischen Erwägungen bliebe, die für einen mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu führenden Beweis nicht ausreichten.

Auch die zweite Frage, ob die operative Entfernung des Muttermales gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen habe, ist nicht zum Nachteil des Beschuldigten zu be-

antworten. Da nach der Operation nur noch eine 2,5 cm lange Narbe zu sehen war, darf wohl gefolgert werden, dass bei der gut durchschnittlichen Größe einer Warze vergleichbar mit einer Erbse, der Beschuldigte außer dem Muttermal noch das gesunde Gewebe der Umgebung mit entfernt hat, denn sonst hätte keine 2,5 cm lange Narbe entstehen können.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die 20 Jahre alte Patientin an einem malignen Melanom starb, das seinen Ausgang offenbar von einem Muttermal an der linken Wange genommen hatte. Dem behandelnden Arzt ist nicht nachzuweisen, dass er bei der Behandlung des Muttermales gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen hätte.

Verfahrensausgang:
Am 29. Mai 1969 wird in der Anzeigensache wegen Verdachtes auf fahrlässige Tötung das Verfahren eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.5.3. (L 194/71)

Patientin: 19 Jahre, Hausfrau.

Arzt: Facharzt für Chirurgie, Oberarzt in einer Klinik in einer Stadt von 7.600 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ehemann der Verstorbenen.

Vorwurf: Bei der Behandlung der Patientin seien erforderlich gewesene Maßnahmen unterlassen, beziehungsweise nicht rechtzeitig veranlasst worden.

Anamnese und Verlauf:
Die 19jährige Patientin hatte ihre letzte Periode am 23.11.1970. Der Entbindungstermin war deshalb Ende Juli oder Ende August 1971 zu erwarten. Die Patientin begab sich am 6.9.1971 ins Kreiskrankenhaus ... Am Morgen des 7.9.1971 erfolgte die Blasensprengung, dabei entleerte sich mekoniumhaltiges Fruchtwasser. Gegen 09.00 Uhr desselben Tages waren keine kindlichen Herztöne mehr zu hören, nach guter Wehentätigkeit kam es gegen 12.25 Uhr nach Anlegen einer dorsolateralen Episiotomie zur Spontangeburt eines toten weiblichen Kindes. Die Nachgeburt wurde circa fünf Minuten später zusammen mit einer größeren ungeronnenen Blutmenge ausgestoßen. Nach Gabe von Orasthin und Methergin erfolgte eine Kontraktion der Gebärmutter.

Anschliessend klagte die junge Frau über Durst und Frösteln, war blass, Puls 120 Schläge pro Minute. Danach weiteres Zunehmen der Tachycardie, nicht meßbarer Blutdruck, Dyspnoe, kalter Schweiß. Daraufhin Anlegen eines Schiwadex-Tropfes.

Nach Untersuchung durch den Oberarzt Annahme einer Verbrauchskoagulopathie, daher sofortige Einspritzung von 500.000 Einheiten Trasylol in die Blutbahn, ferner zwei Ampullen Usurol, zwei Ampullen Tachostyptan, zwei Ampullen Styptobion, dazu

Konakion, nochmals Orasthin und Neogynergen.

Auf diese Maßnahmen trat gegen 14.00 Uhr eine vorübergehende leichte Kreislaufbesserung, bei jedoch starker Trübung des Bewußtseins ein. Später war die Patientin nicht mehr ansprechbar, weite Pupillen. Gegen 16.00 Uhr Bluttransfusionen mit rascher Tropfgeschwindigkeit, gegen 17.15 Uhr Eintreten des Todes. Als Todesursache wurde eine Verbrauchskoagulopathie angenommen.

Sektionsbefund:
Keine Sektion.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Die 19 Jahre alte Patientin starb nach Lage der Akten an einem sich an eine Totgeburt anschliessenden Schockzustand. Eine nähere Abklärung des Schockzustandes, das heißt seiner Ursachen, war nicht möglich, da eine Leichenöffnung mit weiterführenden Untersuchungen nicht stattgefunden hat.

Der Beschuldigte hat nicht die erforderliche Sorgfalt walten lassen,wenn er wusste, dass eine Übertragung des Kindes bevorstand und bei der Sprengung der Fruchtblase massiv mit Mekonium vermengtes Fruchtwasser festgestellt wurde. Er hätte folglich eine Schnittentbindung ins Auge fassen müssen. Dem Schicksal seinen Lauf und damit das Kind unter der Geburt absterben zu lassen, entspricht weder der ärztlichen Ethik, noch dem gegenwärtigen Stand der ärztlichen Wissenschaft.

Die Behandlung des nach der Niederkunft auftretenden Schockzustandes, - insbesondere die Medikation -, war dilletantisch und völlig unzureichend. Es ist zudem unverständlich, dass ein Kreiskrankenhaus nicht über die Möglichkeit der unverzüglichen Bluttransfusion verfügen soll.

Eine zweckmässige, der aktuellen Situation entsprechende Behandlung wurde nicht durchgeführt. Insofern muss man das Schicksal der Patientin zumindest seit dem Zeitpunkt als der Schockzustand sich ausbildete, als besiegelt ansehen. Offenbar war das Kreiskrankenhaus ... einschliesslich der behandelnden Ärzte der ungeeignete Platz für die Niederkunft der Patientin.

Eine Verlegung in eine geeignete Krankenanstalt wäre vor der Niederkunft für die Gebärende risikolos gewesen. Nach Ausbildung des Schockzustandes wäre sie unter entsprechenden Vorkehrungsmaßnahmen, - Rettungshubschrauber, geeignete Schocküberwachung -, möglich gewesen. Allerdings verringerte sich die Aussicht auf Erfolg mit zunehmendem Zeitabstand vor der Niederkunft.

Ob sich aus dem vorliegenden Fall Tatbestandsmerkmale einer unterlassenen Hilfeleistung ergeben, muss bei dem gegenwärtigen Zustand des Verfahrens der strafrechtlichen Würdigung der Fakten überlassen bleiben.

Fachmedizinisches Gutachten zu den Fragen

1. Hätte sich durch ein rasches Handeln beim Abfall der kindlichen Herztöne der weitere Krankheitsverlauf günstig beeinflussen lassen?
2. Ist das Ausmaß des Schocks der Patientin richtig erkannt und ist der Volumenmangelschock ausreichend behandelt worden?

ad 1: In gewissem Umfang erscheint die Annahme berechtigt, dass eine rasche Entleerung des Uterus durch Kaiserschnitt möglicherweise zu einem günstigeren Krankheitsverlauf geführt hätte. Hierbei ist jedoch einschränkend zu bemerken, dass wir nicht sicher wissen, wie rasch die kindlichen Herztöne sich verschlechtert haben. Bei nicht mehr bestehender Aussicht auf ein lebendes Kind wäre in jedem Fall das übliche geburtshilfliche Vorgehen die vaginale Entbindung gewesen.

Der Kaiserschnitt selbst hätte in jedem Fall einen zusätzlichen Blutverlust und vielleicht sogar eine zusätzliche Gefährdung der Mutter bedeutet.

ad 2: Aus dem tödlichen Ausgang der Erkrankung muss geschlossen werden, dass die Volumensubstitution, das heißt der Ausgleich der verlorengegangenen Blutmenge nicht ausreichend erfolgt war. Dies lag zum Teil daran, dass der sich entwickelnde Schock erst bei der erneuten Verschlechterung des Bildes gegen 14.00 Uhr voll erkannt wurde und auch zum Teil daran, dass durch die ungünstigen Verhältnisse am Krankenhaus in jedem Fall die Herbeischaffung von Vollblut mehrere Stunden dauerte. Zur Verkennung der Schwere des Krankheitsbildes in den ersten ein bis zwei Stunden nach der Geburt sei einschränkend vermerkt, dass offensichtlich eine kontinuierliche Überwachung von Blutdruck und Puls während der Geburt möglicherweise aus personellen Schwierigkeiten nicht erfolgte und dass deshalb der behandelnde Arzt von der Schwere des Krankheitsbildes überrascht wurde.

Wie aus der Schilderung des Krankheitsverlaufes, der Beantwortung der oben aufgeführten Fragen und aus der zusammenfassenden Schlußdarstellung hervorgeht, wäre der Tod der Patientin möglicherweise vermeidbar gewesen. Es sind zwar die üblichen, in vergleichbaren Fällen zur Anwendung kommenden Maßnahmen im Ansatz vorwiegend richtig vorgenommen worden, jedoch hat offensichtlich das zu späte und im einzelnen auch nicht ausreichende therapeutische Vorgehen möglicherweise zum Tode der Patientin mit beigetragen. Die nur unzulänglichen vorliegenden Unterlagen lassen im wesentlichen jedoch nur hypothetische Betrachtungen zu. Es muss darüberhinaus auch die Frage aufgeworfen werden, ob unter den bestehenden personellen und technischen Gegebenheiten im Kreiskrankenhaus ... überhaupt die Möglichkeit bestand, ein so schweres und so rasch sich entwickelndes Krankheitsbild zu beherrschen. Auf Grund dieser Bedenken ist dem Arzt damit ein direktes Verschulden nicht anzulasten.

Verfahrensausgang:
Einstellung des Ermittlungsverfahrens wegen Verdachtes der fahrlässigen Tötung.

Gründe:
Siehe fachmedizinisches Gutachten.

4.5.4. (L 227/72)

Patientin: 36 Jahre, verheiratet, Hausfrau.

Arzt: Facharzt für Gynäkologie, in einer Stadt von 90.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Ermittlungsverfahren durch Staatsanwaltschaft.

Vorwurf: Nicht sachgemäße Behandlung.

Anamnese und Verlauf:
Die 36jährige Patientin wurde am 2.11.1972 gegen 18.00 Uhr in das Krankenhaus ... zur Entbindung eingeliefert. Nachdem gegen 19.30 Uhr der Blasensprung mit Entleerung von grünem Fruchtwasser aufgetreten war, und nachdem der Geburtsvorgang in den folgenden Stunden nicht vorankam, die Patientin aber über Schmerzen und Kurzatmigkeit klagte und sich die Herztöne des Kindes verschlechterten, entschloß man sich zur Durchführung einer Schnittentbindung. Während der Operation kam es zu einer starken Blutung aus zahlreichen Gefäßen in die Gebärmutterhöhle. Diese Blutung konnte erst nach einiger Zeit zum Stehen gebracht werden. Die Patientin wurde gegen 23.25 Uhr von einem 5.200 Gramm schweren Mädchen entbunden. Kurz vor Beendigung der Operation setzte beim Vernähen der Wunde die Atem- und Pulstätigkeit aus. Wiederbelebungsversuche, kreislaufstärkende Mittel und eine Infusion erbrachten keine Wiederherstellung der Herz- und Atemtätigkeit. Es wurde daher das Bundeswehr-Rettungszentrum verständigt und ein Facharzt für Anaesthesie hinzugezogen. Wiederbelebungsversuche wurden dann bis gegen 02.10 Uhr durchgeführt, blieben jedoch erfolglos.

Sektionsbefund:
Hochgradiger Ausblutungszustand der inneren Organsysteme bei übrigen unauffälligen Operationsverhältnissen. Die Herzmuskulatur wies im Bereich der Hinterwand der linken Herzkammer

einen etwa einmarkstückgroßen Gewebsuntergangsbezirk auf, bei offenbar nicht schlußfähigen Herzklappen. Die mikroskopischen Untersuchungen haben diese Befunde erhärtet und darüberhinaus noch ergänzt. Die sehr eingehende Untersuchung der Herzmuskulatur hat ergeben, dass eine ausgedehnte, schwere, chronische und akute Herzmuskelentzündung bei der Patientin vorlag, die noch über den makroskopisch beschriebenen Bezirk hinaus reichte.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Es handelt sich um eine 36 Jahre alte Frau, bei der anlässlich ihrer vierten Schwangerschaft eine Schnittentbindung durchgeführt wurde. Die früheren Geburten waren normal verlaufen. Relevante Krankheiten wurden bei Erhebung der Vorgeschichte nicht festgestellt, insbesondere fanden sich in der Anamnese auch keine Hinweise auf Blutgerinnungsstörungen.

Am Vorabend des errechneten Geburtstermines wurde die Patientin in das Krankenhaus ... aufgenommen. Um 19.30 Uhr trat der Blasensprung mit Entleerung von grünem Fruchtwasser auf. Nachdem der Geburtsvorgang in den folgenden Stunden nicht voran kam, die Patientin über Schmerzen und Kurzatmigkeit klagte und sich die Herztöne des Kindes verschlechterten, entschloß man sich zur Durchführung einer Schnittentbindung. Während der Operation kam es zu einer starken Blutung aus zahlreichen Gefässen in die Gebärmutterhöhle, die erst nach einiger Zeit zum Stehen gebracht werden konnte.

Bis zur Naht der Bauchdecken sollen Herz und Kreislauf unauffällig gewesen sein. Erst dann kam es in kurzer Zeit zum Herzstillstand und zur Pulslosigkeit. Die angestellten Wiederbelebungsversuche bestanden in der Gabe von Kreislaufmitteln, Herzmassage und Mund-zu-Mund-Beatmung sowie Blutersatzmitteln. Eine Sauerstoffbeatmung wurde erst später von dem Reanimationsteam, zugleich mit der Behandlung der Azidose des Blutes durchgeführt.

Auf Grund dieses Ablaufes stellt sich neben der Frage nach

der eigentlichen Todesursache zwangsläufig auch das Problem, ob der tödliche Geschehensablauf durch ärztliches Verschulden verursacht wurde.

Angesichts des Sektionsbefundes lässt sich die Möglichkeit nicht von der Hand weisen, dass in dieser organischen Schädigung die eigentliche Ursache des Kreislaufzusammenbruchs zu sehen ist. Es kann damit bereits gesagt werden, dass bei Berücksichtigung dieser Bedingungen ein ärztliches Verschulden am Tod der Verstorbenen, jedenfalls mit der forensisch erforderlichen Sicherheit, nicht nachzuweisen ist. Der gegen Ende der Operation aufgetretene Kreislaufzusammenbruch, der auf einen erheblichen Blutverlust zurückzuführen ist, könnte einmal bedingt sein durch einen Operationsfehler; dafür ergaben sich jedoch bei der Obduktion keine Anhaltspunkte.

Die Schilderung der Blutung könnte jedoch auch dafür sprechen, dass es sich um eine lokalisierte Gerinnungsstörung gehandelt hat. Infolge des massiven Blutverlustes sind derartige Blutgerinnungsstörungen sehr gefürchtet, da es infolge des Blutverlustes zum Schock und anschliessend zum Erliegen des Kreislaufes kommen kann. Der Schwerpunkt der Behandlung hat daher in der Schockbekämpfung zu bestehen. Hierzu gehört eine möglichst schnelle Beendigung der Operation, die sorgfältige Überwachung des Kreislaufsystems und die Beachtung einer optimalen Sauerstoffzufuhr. Insbesondere wird man bei größerem Blutverlust neben der Gabe von Blutersatzmitteln dafür Sorge tragen, dass entsprechende Blutkonserven bereitgestellt werden. Weiterhin wäre bei der Möglichkeit einer Blutgerinnungsstörung an die Durchführung einer spezifischen Behandlung mit Fibrinolysehemmern zu denken gewesen.

Offenbar wurde die Narkose im vorliegenden Fall jedoch nicht von einem Arzt für Anaesthesie durchgeführt und der Kreislauf nur ungenügend kontrolliert. So finden sich keine Angaben über Pulszählung und Blutdruckmessung, wie sie für ein Narkoseprotokoll erforderlich sind. Es besteht daher die begründete Vermutung, dass die Blutung erst zum Stillstand kam, als

der hohe Blutverlust zu einem Abfall des Blutdruckes geführt hatte. Weiterhin ist die Frage aufzuwerfen, warum nicht sofort die Durchführung einer Bluttransfusion in die Wege geleitet wurde, als der hohe Blutverlust bemerkt wurde.

Schliesslich mutet es für die Verhältnisse eines Krankenhauses als geradezu grotesk an, dass offensichtlich keine Möglichkeit einer Sauerstoffbeatmung bestanden hat. Es ist allgemein bekannt und gehört zu den Selbstverständlichkeiten bei der Durchführung von Narkosen überhaupt, dass für Notfälle, die immer einmal auftreten können, die Möglichkeit einer Sauerstoffbeatmung vorhanden ist. Erst das Narkoseteam des Rettungszentrums in ... führte diese Behandlung durch, die neben einer adäquaten Schockbehandlung zu einem früheren Zeitpunkt vielleicht hätte lebensrettend sein können.

In Anbetracht dieser Operations- und Narkosemöglichkeiten muss man sich die Frage stellen, ob der Beschuldigte die ihm zur Verfügung stehenden Möglichkeiten nicht falsch einschätzte, zumal es sich um eine Patientin handelte, bei der vom Schwangerschaftsverlauf und vom Ablauf der Geburt her mit möglichen Komplikationen gerechnet werden konnte. Diese aufgeworfenen Fragen können durchaus für den tödlichen Geschehensablauf entscheidend gewesen sein. Angesichts des hochgradig vorgeschädigten Herzens lässt sich jedoch unter forensischen Aspekten nicht nachweisen, dass ein ärztliches Verschulden ursächlich für den tödlichen Geschehensablauf gewesen ist. Die chemisch-toxikologischen Untersuchungen haben weiterhin ergeben, dass zum Zeitpunkt des Todes keine Überdosierung des als Narkosemittel verwendeten Äthers vorgelegen hat. Es muss jedoch abschliessend festgestellt werden, dass die ärztlichen Behandlungsmaßnahmen unzureichend waren.

Verfahrensausgang:
Am 10. April 1973 Einstellung des Verfahrens nach § 170/II StPO.

Gründe:

Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.5.5. (G 11/73)

Patientin: 28 Jahre, Hausfrau.

Arzt: Gynäkologe, Belegarzt.
Anaesthesistin, leitende Ärztin der Narkoseabteilung im Krankenhaus in einer Stadt von 10.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Patientin.

Vorwurf: Mangelnde Überwachung der Patientin nach der Narkose und daraus folgend schwere Thoraxprellung. Es sei bekannt gewesen, dass die Patientin regelmässig nach Narkosen sehr unruhig sei, eine besonders aufmerksame Beobachtung und Betreuung nach der Narkose (Gitter am Bett) hätte von den Ärzten unbedingt veranlasst werden müssen.
Die Klägerin hält ein Schmerzensgeld von DM 2.000,-- für angemessen.
Klage wird gegen den Kreis ... als Krankenhausträger erhoben.

Anamnese und Verlauf:
Die 28jährige Patientin befand sich vom 3.5.1972 bis zum 10.5.1972 auf der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Kreiskrankenhauses ... als Privatpatientin. Am 4.5.1972 wurde in Vollnarkose eine Elektro-Konisation durchgeführt. Da am 5.5.1972 eine starke Nachblutung auftrat, musste noch am selben Tage gegen 21.30 Uhr in Kurznarkose eine erneute Verschorfung der Wunde durchgeführt werden. Die Verschorfung erfolgte in typischer Weise, die Dauer der Kurznarkose betrug circa vier Minuten, die Patientin war bereits auf dem Operationstisch wieder ansprechbar. Danach wurde sie in ihr Bett umgelagert. Die Betreuung der Patientin lag zum Zeitpunkt der Umbettung bei der Hebamme. Infolge der durch die Narkose bedingten Unruhe fiel die Patientin aus dem Bett und zog sich Prellungen der Rippen und der Arme zu. Am folgenden Tage klagte die Patientin über starke Schmerzen beim Atmen; deshalb wurde

eine Röntgen-Thorax-Aufnahme durchgeführt, wobei jedoch keine Frakturen festgestellt werden konnten. Da die Beschwerden auch nach der Entlassung andauerten, erfolgte am 12.5.1972 eine erneute Röntgen-Aufnahme bei einem niedergelassenen Röntgenologen, wobei festgestellt wurde, dass zwei Rippen angebrochen waren.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Fragestellung:

1. Welche Maßnahmen werden bei Art und Grad der wie in vorliegendem Fall bei der Klägerin angewandten Narkose in der Regel nach Beendigung der Operation getroffen?

2. Wer ist für die Anordnung dieser Maßnahmen verantwortlich? (Operateur oder Narkosearzt?)

3. Wer ist für deren Überwachung verantwortlich?

4. Muss bei einer Narkose der vorliegenden Art mit einer derartigen Unruhe des Patienten gerechnet werden, die zum Sturz aus dem Krankenbett führen kann?

5. Ist die ständige Präsenz einer Pflegeperson am Bett des Patienten erforderlich?

6. Muss eine Narkosevisite durchgeführt werden?

7. Hätte die unterstellte Unruheanfälligkeit der Patientin während früherer Narkosen im Krankenblatt vermerkt werden müssen, hätte das Krankenblatt bei der Operation beigezogen werden müssen?

Beurteilung:

Der Narkosearzt muss nach Beendigung der Narkose zuwarten, bis der Patient wieder erwacht. Im allgemeinen pflegen die Patienten alsdann hinzudösen oder auch leicht zu schlafen. Maßnahmen zur Überwachung eines aus der Narkose kommenden Patienten müssen grundsätzlich getroffen werden. Dafür ist

nicht der Operateur, sondern der Anaesthesist zuständig. Steht er nicht permanent zur Verfügung, dann hat er eine nachgeordnete Person,-Krankenschwester, Pfleger -, damit zu beauftragen.

Eine im Anschluß an die Narkose auftretende motorische Unruhe muss in die Überlegungen des Anaesthesisten einbezogen werden. Eine ständige griffbereite Präsenz von Pflegepersonen am Krankenbett ist je nach Lage des Falles nicht erforderlich, wenn am Krankenbett entsprechende Vorkehrungen (Gitter am Krankenbett) getroffen sind.

Ist eine Narkosevisite wegen plötzlich notwendig werdender Operation nicht möglich, so hat der Anaesthesist die oben beschriebenen Vorkehrungen zu treffen. Es ist keine Verletzung der Sorgfaltspflicht, wenn der Arzt, in Sonderheit der Anaesthesist, sich nicht entsprechend in alten Krankenblättern informiert.

Verfahrensausgang:
Abweisung der Klage.

Ein Verschulden des Operateurs ist nicht erwiesen, eine Verletzung der ihm als Leiter der Gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung auferlegten Aufsichts- und Überwachungspflicht kann nicht festgestellt werden.

Nach den Ausführungen des Gutachtens fallen die Maßnahmen zur Überwachung eines Patienten bei abklingenden Narkosen in den Verantwortungsbereich des Anaesthesisten. Ein Verschulden des Operateurs liegt daher nicht vor.

Die Frage einer etwaigen Verletzung ärztlicher Pflichten durch die Anaesthesistin kann auf sich beruhen. Die Beklagte hat sich entlastet.

4.6. Hals-Nasen-Ohren-ärztliche Fälle

4.6.1. (L 142/68)

Patient: 7 Jahre.

Arzt: 50 Jahre, Facharzt für HNO, in einer Stadt von 25.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Eltern des Kindes.

Vorwurf: Nicht sachgemäße Behandlung.

Anamnese und Verlauf:
Der 7jährige Junge verschluckte am 5.7.1968 ein Zehnpfennigstück, welches in der Speiseröhre stecken blieb. Zur Entfernung des Fremdkörpers wurde der Junge in das Kreiskrankenhaus ... gebracht, wo der beschuldigte HNO-Arzt versuchte, mit Hilfe eines Endoskopes in Narkose das Geldstück zu entfernen. Dieses rutschte indes immer tiefer und gelangte schliesslich in den Magen. Während seiner Bemühungen bemerkte der HNO-Arzt, dass die Speiseröhre verletzt worden war. Er begab sich deshalb mit dem Patienten in die Universitätsklinik ..., wo der Junge wegen der Speiseröhrenperforation operiert werden musste. Es wurde zunächst eine Magenfistel angelegt, anschliessend wurde die Perforationsstelle übernäht. Um die Gefahr einer absteigenden, in den Mittelfellraum einsickernden Infektion zu bannen, wurde eine Drainage angelegt. Am Ende der Operation setzte ein plötzliches Kreislaufversagen ein, das auch durch Herzmassage nicht mehr zu beheben war. Der Tod trat am 6.7.1968 gegen 05.45 Uhr ein.

Sektionsbefund:
Nach dem Ergebnis der Leichenöffnung wurde zunächst angenommen, der Tod sei infolge der starken Hirnschwellung eingetreten.

Die mikroskopische Untersuchung der Lungen hat aber zusätzlich gezeigt, dass sich bei dem Patienten eine rasch voran-

schreitende, herdförmige Lungenentzündung ausgebildet hatte. Da sich sowohl in den Lichtungen der Luftäste als auch in den entzündeten Lungenbläschen feintropfig verteiltes Fett nachweisen liess, besteht Anlaß zur Vermutung, dass der Junge wahrscheinlich Erbrochenes eingeatmet hat.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:

Am 5.12.1968 wurde ein gerichtsmedizinisches Gutachten zu der Frage,"ob die angewandte Behandlung den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst entsprochen habe", erstattet.

Nachdem bereits der Beschuldigte gegen 23.00 Uhr einen verdächtigen Lungenbefund (Lungenentzündung) erhob, und wenn dieser Befund gegen 02.00 Uhr wiederum erhoben wurde, dann ist rückblickend und vom mikroskopischen Befund ausgehend anzunehmen, dass bereits zu dieser Zeit die Lungenentzündung sich auszubilden begann. Der Patient lag stundenlang in Narkose, diese dürfte in erster Linie zu einer Hirnschwellung geführt haben. Der hierdurch verursachte Hirndruck lähmte wichtige nervöse Körperfunktionen, die gemeinsam mit der sich rasch ausbreitenden Lungenentzündung den Tod herbeigeführt haben.

Eine Überdosierung von Narkosemitteln konnte nach dem Ergebnis der chemisch-toxikologischen Untersuchungen ausgeschlossen werden.

Die operativen Maßnahmen in der Chirurgischen Universitätsklinik ... entsprachen den Regeln der ärztlichen Kunst.

Die grundlegende Frage ist dagegen, ob die Maßnahmen, die der Beschuldigte getroffen hat, erforderlich gewesen sind. Es ist eine in Ärztekreisen durchaus geübte und erfolgreiche Methode, bei verschluckten und in der Speiseröhre haftenden Gegenständen reichliche Mengen Kartoffelbrei oder Sauerkraut zu geben. Hierdurch werden solche Gegenstände die Speiseröhre hinuntergeschoben und in den Magen befördert. Dass die Speiseröhre das Geldstück langsam aber sicher durch peristaltische

Bewegungen in den Magen transportiert hat, trifft auch bei dem Patienten zu. Es ist allgemein auch keine weitere Besorgnis erforderlich, nachdem ein Geldstück in den Magen gelangt ist, denn es wird von hier aus auf natürlichem Wege durch den Darm geschleust und erscheint wenige Tage später im Kot.

Es ist nach den bisherigen Ermittlungen unverständlich, warum der Beschuldigte das Geldstück, das zunächst am Eingang der Speiseröhre verklemmt war, in Narkose mit einem Endoskopierohr entfernen wollte. Freilich wird durch den Fremdreiz eine Schwellung der Schleimhaut eintreten. Diese allein ist aber noch kein ausreichender Grund, eine Endoskopie in Narkose vorzunehmen. Eine Entzündung, wie sie der Beschuldigte anführte, kann indes eine halbe oder volle Stunde nach dem Verschlucken des Geldstückes noch nicht in dem Maße bestanden haben, wie sie sich im Laufe der weiteren Stunden bis zum Eintritt des Todes ausgebildet hatte.

Die bei der Leichenöffnung beschriebenen Wunden in der Speiseröhre, sind teilweise durch das Geldstück, teilweise aber durch das Endoskopierohr verursacht worden. Allerdings ist es nach der Schilderung des Beschuldigten wahrscheinlicher, dass die Wunden durch das Endoskopierohr verursacht worden sind. Erst die Verletzungen der Speiseröhre machten die Operation in ... erforderlich. Es besteht dabei Anlaß zu der Annahme, dass der Beschuldigte nicht die geeigneten Maßnahmen getroffen hat, zumal kein lebensbedrohlicher Zustand an dem Patienten vorlag.

Weiteres Gutachten der HNO-Klinik ... vom 3.2.1969:

Der Patient hatte am 5.7.1968 gegen 19.45 Uhr einen Fremdkörper verschluckt, der ihm im untersten Rachenabschnitt beziehungsweise im Bereich des Speiseröhrenmundes steckenblieb. Beim Versuch der endoskopischen Entfernung des Fremdkörpers wurde durch den Beschuldigten eine Verletzung der Speiseröhre in diesem Bereich gesetzt. Bei der chirurgischen Versorgung

der Speiseröhrenverletzung in der Chirurgischen Universitätsklinik ... kam das Kind infolge eines Herzstillstandes ad exitum.

Der Beschuldigte hat sich in der Erkennung, Vorbereitung und Durchführung der Behandlung des Speiseröhrenfremdkörpers richtig verhalten. Er hat auch die Verletzung der Speiseröhre, die eine verhältnismässig nicht sehr seltene Komplikation eines endoskopischen Eingriffes an der Speiseröhre darstellt, erkannt und sofort die richtigen Folgerungen einer chirurgischen Versorgung dieser Verletzung gezogen.

Es ist nicht ganz eindeutig erklärt, welche Narkoseformen und Narkosezeit sowohl am Kreiskrankenhaus ... als auch in der Chirurgischen Universitätsklinik ... durchgeführt wurden. Auch ist nicht viel darüber bekannt, ob es durch zeitlich geringen Abstand zwischen Abendessen und Narkose zu einer Aspirationspneumonie kommen konnte. Zu diesen Fragen der Narkose und der möglichen Narkosekomplikationen sollte unter Umständen noch ein Fachanaesthesist nach entsprechender protokollarischer Vernehmungsergänzung gehört werden.

Verfahrensausgang:
Am 4. Juli 1969 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger Tötung nach § 170/II StPO eingestellt.

Gründe:
Siehe HNO-Gutachten. Ein Ermittlungsverfahren gegen die narkoseleitende Fachärztin für Anaesthesie wurde durch Verfügung vom 22.12.1969 eingestellt. Eine nochmalige Überprüfung der Akten zur eventuellen Verfahrensneuaufnahme ergab am 13.4.1970 keine neuen Gesichtspunkte, es verblieb deshalb bei der Einstellungsverfügung vom 4.7.1969.

4.6.2. (G 53/68)

Patient: 5 Jahre alt.

Arzt: Facharzt für HNO, 54 Jahre, verheiratet, in einer Stadt von 96.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Die Eltern des Kindes.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung wegen nicht genügender Sorgfalt bei der Behandlung.

Anamnese und Verlauf:
Im November 1967 wurde das 5jährige Kind auf Empfehlung des Hausarztes durch den Hals-Nasen-Ohren-Arzt untersucht. Da zerklüftete und zu große Mandeln festgestellt wurden, sollte das Kind am 11.12.1967 tonsillektomiert werden.

Am 11.12.1967 erfolgte die stationäre Aufnahme des Kindes. Es war zu diesem Zeitpunkt fieberfrei und ohne Krankheitserscheinungen. Am Morgen des 12.12.1967 Praemedikation mit Dolantin und Atropin sowie routinemässige Untersuchung. Ein Anhalt für Lungen- oder Kreislauferkrankung bestand nicht. Gegen 08.30 Uhr Operation in Vinydan-Äther-Narkose. Gegen 14.30 Uhr Erbrechen von frisch getrunkenem Tee mit geringen Blutbeimengungen. Leichte Zyanose. Daraufhin wurde das Kind in den Operationssaal zurückgebracht, wo erneutes Erbrechen mit Blutbeimengungen auftrat. Die Untersuchung durch den Operateur ergab eine leichte Schmierblutung im linken Tonsillenbett. Darauf Einsetzen eines Tonsillenkompressoriums und Gabe einer Rectiole Chloralhydrat zur Beruhigung. In den folgenden Stunden keine Besonderheiten. Gegen 18.30 Uhr Entfernen des Tonsillenkompressoriums; zu diesem Zeitpunkt besteht keine Blutung mehr. Weiterhin regelmässige Kontrolle des Kindes. Am 13.12.1967 gegen 04.00 Uhr morgens Temperatur um 40° C, gegen 04.30 Uhr Kollapsneigung, Zyanose, Pulsbeschleunigung. Das Kind wird erneut in den Operationssaal gebracht und dort mit Sauerstoff und Cardiazol-Injektionen be-

handelt. Nach telefonischer Information des Operateurs über den Zustand des Kindes wird von diesem die sofortige Überführung in die Kinderklinik ... angeordnet. Dort tritt gegen 06.30 Uhr trotz künstlicher Beatmung und Verabreichung von Kreislaufmitteln und intracardialen Suprarenin-Injektionen der Tod ein.

Sektionsbefund:
Lymphatische Konstitution mit Hyperplasie des Lymphapparates, Resistenzschwäche, chronisch rezidivierende Bronchitis und Peribronchitis. Als Todesursache wurden eine exazerbierte Bronchitis und hypoxisches Herz- und Kreislaufversagen angenommen.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
1. Das Kind ist an den Folgen eines asthmatischen Anfalles und einer beginnenden Lungenentzündung bei wieder aufgeflackerter Entzündung der Schleimhaut der Luftröhre und ihrer Äste gestorben. Die letzte Ursache des Todes war ein stärkeres Hirnödem infolge eines allgemeinen Sauerstoffmangels.

2. Ein ärztlicher Kunstfehler, welcher ursächlich für den Tod des Kindes gewesen wäre, lässt sich nicht nachweisen.

3. Die Behandlung des Kindes vor und nach der Operation wurde sorgfältig und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Der innerhalb kürzester Zeit zum Tode führende Krankheitsverlauf war Folge mehrerer bereits vor der Operation vorhanden gewesener Krankheitsdispositionen, die durch ihr Zusammentreffen und durch den operativen Eingriff in einem nicht vorherzusehenden Maße verstärkt wurden und plötzlich so massive Krankheitserscheinungen hervorbrachten, dass der weitere Verlauf durch ärztliche Kunst nicht mehr aufzuhalten war.

Verfahrensausgang:
Am 26. November 1968 wurde das Verfahren wegen fahrlässiger

Tötung gegen den Facharzt für HNO eingestellt.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten.

4.6.3. (L 162/70)

Patientin: 4 Jahre alt.

Arzt: Facharzt für HNO, 44 Jahre, Chefarzt einer Privatklinik. Oberarzt einer Privatklinik in einer Stadt von 55.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Vater des Kindes.

Vorwurf: Dem Kind sei in der Privatklinik nicht die notwendige ärztliche Sorgfalt und Betreuung zuteil geworden.

Anamnese und Verlauf:
Die 4jährige Patientin wurde nach Abklingen eines Infektes der oberen Luftwege im Juli 1970 an einen HNO-Facharzt verwiesen. Nach der Untersuchung wurde der Mutter vorgeschlagen, dem Kind die Gaumenmandeln operativ entfernen zu lassen. Am 22.9.1970 wurde das Kind in einer Privatklinik in ... vorgestellt, die von dem auswärtigen HNO-Arzt gestellte Diagnose bestätigt und als Aufnahmetermin zur Operation der 21.10.1970 vorgeschlagen.

In den Vormittagsstunden des 22.10.1970 hat der HNO-Facharzt und Oberarzt an der Privatklinik die Operation, die auch das Kappen der Rachenmandeln einschloss, durchgeführt. Der Eingriff soll ohne Komplikationen verlaufen sein. Ein am selben Tage festgestelltes leichtes Bluten aus der Nase und ein mehrfaches Erbrechen des Kindes wurde jeweils kurz nach der Feststellung durch eine Nachbehandlung, zuletzt am 22.10.1970 am Abend bekämpft. Im wesentlichen wurden diese Erscheinungen als im Rahmen des üblichen registriert.

Von dem Operateur wurde die Betreuung des Kindes der Nachtwache besonders ans Herz gelegt. Die Nachtwache (Biochemiestudent) gab an, das Kind sei während der Nachtstunden sehr unruhig gewesen. Bei seinen Kontrollen habe er auch das Gefühl

gehabt, dass das Kind abkühle. Er habe dies dem Umstand zugeschrieben, dass das Kind nicht unter der Decke des Bettes liegen geblieben sei. Am Morgen des 23.10.1970 habe das Kind eine starke Untertemperatur aufgewiesen.

Im Verlauf des 23.10.1970 erschien der Oberarzt der Klinik gegen 07.30 Uhr und untersuchte das Kind. Da dessen Puls etwas schwächer als normal gewesen sei, habe er sofort circa 300 ml Flüssigkeit unter die Bauchhaut gespritzt, da die Venen des Kindes am Arm sehr dünn gewesen seien. Anschliessend habe er sofort den Chefarzt verständigt und um eine Entscheidung im Falle der Verschlechterung des Zustandes des Kindes gebeten. Außerdem schlug er dem Chef spätestens gegen 08.00 Uhr vor, das Kind in die Universitätsklinik ... zu verlegen, da dort die technischen Möglichkeiten für eine Venenfreilegung, Infusion oder Bluttransfusion ungleich besser seien. Der beschuldigte Chefarzt nahm den Vorschlag zur Kenntnis, riet jedoch, abzuwarten.

Da keine Besserung im Zustand des Kindes eingetreten sei, wiederholte der Oberarzt kurze Zeit später seinen Vorschlag, das Kind zu verlegen. Der Chefarzt benachrichtigte daraufhin einen Kinderarzt. Als dieser nach circa 20 Minuten eintraf, war das Kind bereits wesentlich schwächer. Vom Oberarzt war es zu diesem Zeitpunkt bereits intubiert worden, um die Wirkung einer künstlichen Beatmung zu verbessern. Gegen 09.00 Uhr waren die Pupillen des Kindes weit und reaktionslos, zum selben Zeitpunkt wurde es dann in die Kinderklinik transportiert. Die dort eingeleiteten umfangreichen Maßnahmen, unter anderem künstliche Beatmung, Herzmassage und Absaugen des Mageninhaltes, blieben jedoch ohne Erfolg.

Sektionsbefund:
Mässig ausgebildete Blutgerinnsel im Wundbett der entfernten Rachenmandeln, graurote, schmierige Beläge an den Wundflächen der entfernten Gaumenmandeln. Braunrote, gallertige Auflagerungen im hinteren Gaumen- und Rachenbereich. Tiefschwarz gefärbter, breiiger Inhalt in den Dünndarmschlingen. Breiiger

Teerstuhl im Dickdarm, spärlich ausgebildete Totenflecke. Blässe der Haut und der Bindehäute. Gestauter rechter Vorhof, kleine Lücke im Herzfell nahe der Herzspitze (Zustand nach Herzpunktion). Rötlich braune Ergüsse in beiden Brusthöhlen. Ausgeprägtes lymphatisches System.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Als Todesursache wurde bei der Leichenöffnung eine vorwiegend innere Verblutung festgestellt. Der gesamte Darmtrakt bis an den Beginn des Mastdarmes war mit Blut gefüllt, der Magen hingegen ziemlich leer; doch ergibt sich aus dem Bericht der behandelnden Ärzte aus der Kinderklinik, dass aus dem Magen während der Wiederbelebungsmaßnahmen blutiger Inhalt abgesaugt worden ist. Sonach bestehen keine Zweifel, dass das Blut aus dem Operationsgebiet stammte.

Sogenannte Nachblutungen kommen gelegentlich vor. Sie sind jedoch durch geeignete Maßnahmen in der Regel zu stillen, so dass keine gesundheitlichen Krisen auftreten. Die Frage ist nun im Falle der kleinen Patientin, ob geeignete Maßnahmen getroffen worden waren, um der Blutung in ausreichendem Maße zu begegnen, zumal das Kind bereits nach der Operation aus der Nase geblutet hatte.

Der beschuldigte Oberarzt hatte zwar gegen 18.00 Uhr auf Hinweis der Krankenschwester ein Blutgerinnsel im Operationsgebiet entfernt und den Verbleib des Kindes im Vorraum des Operationssaales angeordnet, doch ergibt sich aus den Akten nicht eindeutig, ob er bis 22.00 Uhr das Kind weiterhin persönlich untersucht hat. Es bestand jedenfalls in den Abendstunden eine bereits erkennbare kritische Situation, die sich im übrigen auch durch das Ergebnis der Leichenöffnung verifizieren lässt, denn innerhalb einer kurzen Zeitspanne kann sich der gesamte Darm praktisch nicht mit Blut füllen. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass ein junger Biochemiestudent als Nachtwache für eine gesamte Klinik,darunter Frischoperierte, eingeteilt worden war. Deshalb wird zu prüfen sein, über welche medizinischen Kenntnisse er verfügt, und welche

Aufgaben ihm von den Ärzten der Klinik, gerade hinsichtlich des Erkennens von Krisensituationen, erteilt worden sind. Denn gerade die Unruhe und die Abkühlung des Kindes sind retrospektiv Folgen des erheblichen Blutverlustes gewesen. Diese Erscheinungen hielt der Student für unbedenklich; sie wären aber für einen medizinisch ausgebildeten Krankenpfleger ein Alarmzeichen gewesen.

Freilich muss der beschuldigte Oberarzt, als er am Morgen des 23.10.1970 auf die Station kam, die Gefahr sofort erkannt haben, auch wenn seine Angaben bei der polizeilichen Vernehmung eine gewisse Schönmalerei erkennen lassen. Denn sonst hätte er nicht versucht, dem Kind zur Stützung des Kreislaufs Tutofusin zu infundieren, und auf eine Bluttransfusion nach Überführung in die Universitätskinderklinik gedrängt. Möglicherweise wäre das Kind noch zu retten gewesen, wenn die Überführung bald darauf, kurz nach 07.30 Uhr erfolgt wäre. Insofern wird dem Chefarzt der Vorwurf, dass er trotz der Krisensituation zuwartete, vorläufig nicht zu ersparen sein.

Eine weitere Frage wird noch zu prüfen sein:
Der Oberarzt sah sich außerstande, eine tieferliegende Blutader operativ freizulegen, um von hier aus Tutofusin zu infundieren. Er sah auch keine Möglichkeit, Blut zu transfundieren. Solche Maßnahmen müssen allerdings in einer Klinik, in der operiert wird, immer möglich sein, da Krisensituationen nach operativen Eingriffen niemals ausgeschlossen werden können. Es erscheint deshalb angezeigt, den Chefarzt auch zu dieser Frage zu hören.

Wahrscheinlich wird dem Chefarzt der Vorwurf nicht zu ersparen sein, dass er einer ungeschulten Hilfskraft seine frischoperierten Patienten während der Nacht überliess und dass er für kritische Fälle (Infusionen, Transfusionen) in seiner Klinik keine genügende Vorsorge getroffen hatte. Im weiteren wird zu prüfen sein, ob er am Morgen des 23.10.1970 bei der Behandlung des Kindes die erforderliche Sorgfalt walten liess.

Verfahrensausgang:
Am 11. März 1971 wurde das Verfahren gegen den beschuldigten Chefarzt gemäß § 170/II StPO eingestellt, da der Beschuldigte am 24.1.1971 gestorben war. Das Verfahren gegen den beschuldigten Oberarzt wurde zum gleichen Termin eingestellt.

Gründe:
Der beschuldigte Oberarzt hat verschiedene Maßnahmen unternommen, um das Leben des Kindes zu retten, insbesondere hat er den beschuldigten Chefarzt, seinen Arbeitgeber und Vertragspartner der Eltern des Kindes, wiederholt auf die Notwendigkeit einer umgehenden Verbringung des Kindes in die Universitätskinderklinik hingewiesen. Selbst wenn er objektiv am 23.10.1970 etwa um 07.30 Uhr den lebensbedrohlichen Zustand des Kindes erkannt haben sollte, so wäre das Kind zwar möglicherweise, jedoch nicht mit ausreichender Sicherheit zu retten gewesen.

Die entscheidenden Ursachen für den Tod des Kindes liegen in der ungenügenden Kontrolle seines Zustandes in der Nacht, für die jedoch nicht der Oberarzt, sondern der Chefarzt, der eine unzureichend unterwiesene Nachtwache eingesetzt hatte, verantwortlich erscheint. Außerdem erscheint die Einrichtung der Klinik für etwaige nach Operationen niemals auszuschliessende Krisen mangelhaft, wofür ebenfalls der Chefarzt verantwortlich ist.

4.6.4. (G 151/71)

Patient: 5 Jahre alt.

Arzt: Facharzt für HNO, Leiter der HNO-Abteilung, Kreiskrankenhaus in einer Stadt von 12.000 Einwohnern.

Anzeigeerstatter: Eltern des Kindes.

Vorwurf: Fahrlässige Tötung.

Anamnese und Verlauf:
Wegen eines Hörfehlers Vorstellung des kleinen Patienten im März 1970.Empfehlung des Beschuldigten, Entfernung der Mandeln und Polypen, eine Beseitigung des Hörfehlers könne nicht garantiert werden. Am 1.6.1970 Aufnahme ins Kreiskrankenhaus ... zur stationären Behandlung. Am 2.6.1970 Tonsillektomie und Adenotomie in Vinydanrausch. Nach Beendigung der Operation ist der Patient ansprechbar, hustet auf Aufforderung spontan. Im Bett plötzlich Blauwerden, Atemstillstand, Reanimationsversuche einschliesslich Intubation, Herzmassage, Absaugung, Thorakotomie und Defibrillieren sowie Gabe zweier Bluttransfusionen und intracardialer Injektionen. Keine Herzaktion erreichbar, Pupillen bleiben weit und reaktionslos.

Sektionsbefund:
Keine Sektion.

Gerichtsmedizinisches Gutachten:
Erschienen Art und Dosierung der Narkose angesichts des Alters des Kindes unbedenklich?

Der 5 Jahre alte Patient habe nach Untersuchungen der Universitätsklinik ... unmittelbar nach der Geburt einen durch Asphyxie bedingten Hirnschaden erlitten. Wegen vergrößerter Gaumen- und Rachenmandeln wurdenam 2.6.1970 Tonsillektomie und Adenotomie durchgeführt. Da weder aus den Akten noch aus

der Krankengeschichte hervorgeht, wie lange die Narkose gedauert hat, wieviel Narkosemittel verwendet und da eine gerichtliche Leichenöffnung nicht angeordnet wurde, so dass ein objektiver Sektionsbefund und das Ergebnis der erforderlichen chemisch-toxikologischen Untersuchungen zum Nachweis von Art und Menge des Narkosemittels fehlen, lässt sich zunächst nicht entscheiden, ob eine Überdosierung vorlag.

Das Narkosepräparat war kontraindiziert bei Leberschäden, Krampfbereitschaft sowie Funktionsstörungen des Herzens und der Lungen Es wird gegebenenfalls zu prüfen sein, ob der Beschuldigte vor der Operation sorgfältig geprüft hat, ob Erkrankungen bei dem Jungen vorlagen, die eine Vinydannarkose kontraindizierten.

Es erscheint beim gegenwärtigen Stand der Narkosetechnik antiquiert, wenn zur Operation im Nasen- und Rachenraum eine Tropfnarkose verwendet wird. Eine Tropfnarkose der beschriebenen Art widerspricht jedoch nicht den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst. Nach Lage der Akten lässt sich nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit beurteilen, woran der fünf Jahre alte Patient gestorben ist, auch wenn die Annahme eines Narkosetodes nach den Umständen des Falles sehr nahe liegt.

Verfahrensausgang:
Am 21. Juli 1972 Einstellung des Verfahrens wegen Verdachts der fahrlässigen Tötung.

Gründe:
Siehe gerichtsmedizinisches Gutachten. Die eigentliche Todesursache steht nicht mit der erforderlichen Sicherheit fest und kann angesichts der erst circa ein halbes Jahr nach dem Tode des Kindes erfolgten Anzeigeerstattung und der Nichtvornahme einer Obduktion und chemisch toxikologischer Untersuchung auch nicht mehr geklärt werden. Zwar liegt das Vor-

liegen eines Narkosetodes sehr nahe, gewisse Zweifel aber, die sich im Grundsatz in dubio pro reo zu Gunsten des Beschuldigten auswirken müssen, lassen sich auch deshalb nicht ausschliessen, weil das verstorbene Kind am 1.7.1967 als es noch erheblich kleiner war, anlässlich einer Phimoseoperation eine ähnliche Narkose gut vertragen hat.

5. Diskussion

Wie häufig dem Institut für Gerichtliche Medizin Aufträge zur Begutachtung von Kunstfehlern zuteil wurden, zeigt sich bei Betrachtung der Tabelle 1; hier stieg sowohl die Anzahl der Leichenöffnungen bis zum Jahre 1968 als auch die Zahl der Kunstfehlervorwürfe beständig an. Der hohe prozentuale Anteil von 7 % beim Kunstfehlerverfahren im Jahre 1964 ist dagegen nicht repräsentativ; er dürfte mit der geringeren Zahl von Leichenöffnungen im ersten Jahre des Aufbaues des Institutes zusammenhängen. Mit den Jahren 1967 und 1968 pendelte sich die durchschnittliche Anzahl an Sektionen auf einen Bereich zwischen 250 und 300 ein; die dabei angestrengten Kunstfehlerverfahren lagen bis zum Jahre 1973 bei durchschnittlich 2 %. Für den Zeitraum von 1964 bis 1973 mit insgesamt 1 945 Leichenöffnungen lag die Prozentzahl der Kunstfehlerverfahren bei 1,9 %.

Aus dieser tabellarischen Übersicht ergibt sich, dass eine signifikante Zunahme der erhobenen Kunstfehlervorwürfe im Laufe der letzten Jahre nicht eingetreten ist. Die geringe Anzahl der Anfangsjahre bis 1967 sollte statistisch nicht überbewertet werden, wenngleich die naheliegende Folgerung, damals seien Kunstfehlervorwürfe noch nicht so häufig erhoben worden, nicht völlig von der Hand zu weisen ist.

Für diese Auffassung würde ebenfalls die Tatsache sprechen, dass die Anzahl der weiteren Gutachtenaufträge, denen entweder kein Sektionsbefund zugrunde lag oder die Leichenöffnung von anderer Stelle durchgeführt worden war, im Laufe des betrachteten Zeitraumes von 1964 bis 1973 kontinuierlich anstieg, und im Jahre 1973 eine deutliche Spitze mit fünf Kunstfehlerbegutachtungen zeigte. Bezieht man jedoch in die Betrachtung ein, das Institut habe sich in den ersten Jahren im Aufbau befunden,-das heißt, auch das Einzugsgebiet wurde größer -, würde die steigende Anzahl dieser Gutachtenaufträge ebenfalls für eine etwa gleichbleibende

Anzahl an Kunstfehlervorwürfen und für eine gleichmässige Zunahme der Kapazität dieses Institutes sprechen.

Zumindest für die letzten Jahre kann man also davon ausgehen, dass die aus dem Sektions- und Gutachtenmaterial des Institutes gewonnenen Zahlenwerte einen repräsentativen Durchschnittswert für das inzwischen konsolidierte Einzugsgebiet darstellen. Verglichen mit ähnlichen Untersuchungen anderer Autoren, zum Beispiel PRIBILLA (1973) für das Einzugsgebiet der Universität Kiel, ergeben sich durchaus vergleichbare Werte. Ein Nord/Südgefälle für die Bundesrepublik Deutschland in Bezug auf die Frequenz der erhobenen Kunstfehlervorwürfe dürfte somit nicht vorliegen, obwohl in dieser Beziehung Vergleichswerte für Zonenrandgebiete und Gegenden wie beispielsweise der Bayerische Wald sehr interessant sein dürften.

Bei Auswertung aller Sektionsprotokolle des Zeitraumes von zehn Jahren wurde neben der Gruppe der tatsächlich erhobenen Kunstfehlervorwürfe ein weiteres Kollektiv von Protokollen ermittelt, bei deren genauer Durchsicht Zweifel an der durchgeführten Therapie oder an der gestellten Diagnose auftraten. In jedem dieser Fälle hätte bei Anlegen eines kritischen Maßstabes ebenfalls der Kunstfehlervorwurf erhoben werden können. Die Antwort auf die Frage, weshalb hier nichts unternommen worden ist, muss spekulativ bleiben. Dennoch drängt sich der Gedanke auf, dass nach wie vor von Seiten der Justiz eine gewisse Hilflosigkeit gegenüber den Fachgebieten der Medizin besteht, da nur in wenigen Fällen von Seiten der Staatsanwaltschaft ohne durch von außen erhobene Verdachtsmomente spontan Maßnahmen ergriffen wurden.

Eine notwendige und wünschenswerte Aufklärung von Kunstfehlervorwürfen, - mögen sie nun berechtigt sein oder nicht -, kann auf die Dauer sicher nur durch eine möglichst gute Fortbildung der für derartige Verfahren zuständigen Juristen erreicht werden. Dies insbesondere auch deshalb, da auch die Bevölkerung, insbesondere die Angehörigen von erkrankten und

verstorbenen Personen trotz fragwürdiger Sachdarstellung durch die Massenmedien noch nicht in der Lage ist, das komplexe Geschehen von Diagnose und Therapie der verschiedensten Krankheitsbildern zu durchschauen und zu beurteilen. Die Tendenz, in medizinischen Laienkreisen Verlauf und Ausgang einer Erkrankung als schicksalsmässig hinzunehmen, ist bei Betrachtung dieser zweiten Fallgruppe deutlich zu erkennen; handelt es sich doch um 80 von insgesamt 1.945 Fällen, bei denen weder von der Staatsanwaltschaft noch von den Angehörigen der Verstorbenen der Verdacht eines unzulänglichen ärztlichen Handelns erhoben wurde.

Wie sich bei der Diskussion der einzelnen Fälle der Casuistik noch zeigen wird, ist die derzeitige Situation sowohl für Angehörige vermeintlich geschädigter Personen und Staatsanwaltschaft als auch auf der anderen Seite für die Ärzteschaft äußerst unbefriedigend. Infolge teilweiser emotioneller Beschuldigungen kommt es heute zu einer Anzahl von Kunstfehlervorwürfen, die sich nach kritischer Prüfung durch Gutachter und Gericht keineswegs aufrechterhalten lassen, während andererseits tatsächlich begründete Vorwürfe wegen Unwissenheit gar nicht erst erhoben werden.

Wie ist dieser für alle Beteiligten unbefriedigende und teilweise sogar entwürdigende Zustand zu beheben? Von Seiten der Ärzte ist dazu sicher einiges beizutragen, wenngleich auch eine Selbstanzeigepflicht nicht gefordert werden kann. Wie schon in der Einleitung betont, ist jedoch eine sorgfältige Aufklärung des Patienten, eine strikte Beachtung der erforderlichen Sorgfalt, ein Erkennen der eigenen Grenzen und eine Behandlung des Patienten als gleichberechtigten Partner eine gute Ausgangsbasis zur Verringerung der erhobenen Kunstfehlervorwürfe. Man wird in dieser Meinung bestärkt, wenn man im Bereich der zweiten Fallgruppe, der Gruppe nicht juristisch gewürdigter ärztlicher Fehlleistungen, an erster Stelle die Nichterkennung von sub- oder

epiduralen Blutungen feststellt; handelt es sich doch dabei um eine Diagnose, die bei gebotener Sorgfalt und regelmässiger Untersuchung wie Beobachtung des Patienten ohne große Mühe zu stellen ist, und einen Zustand, der bei rechtzeitiger Behandlung eine gute Prognose besitzt. Dieses Beispiel aus einem Fachgebiet der Praktiker, Chirurgen und Neurologen mag verdeutlichen, mit welch einfachen Mitteln ein Schritt auf dem Wege der Entkrampfung des gelegentlich gespannten Arzt/Patientenverhältnisses erreicht werden könnte.

Bei der nunmehr folgenden Erörterung der Fallgruppen werden die Sektionsprotokolle gemeinsam mit den Fremdbegutachtungen besprochen, denn es handelt sich in beiden Gruppen um dieselbe Problematik. Entsprechend der Häufigkeit der in Frage kommenden Fälle erscheint zunächst das Fachgebiet der Chirurgie, das mit 25 von insgesamt 63 Kunstfehlerbegutachtungen den Hauptanteil stellt. Die Plazierung der chirurgischen Fälle an erster Stelle ist sicher nicht unerwartet, handelt es sich doch bei der Chirurgie um ein Gebiet, in dem außer der allgemeinen Chirurgie die Fälle der Orthopädie und der Urologie mit abgehandelt werden. Außerdem ist sicher in keinem anderen Fach der Medizin der Erfolg oder Mißerfolg einer ärztlichen Handlung derart deutlich zu erkennen. Es sei jedoch zu beachten, dass der Mißerfolg einer ärztlichen Handlung noch keinen Therapie- oder Kunstfehler darstellen muss.

Auch bei diesen 25 chirurgischen Fällen wird lediglich achtmal der Vorwurf eines operativen Fehlers erhoben, in zehn Fällen erstreckt sich die Beschuldigung auf eine falsche Therapie, wie Injektion eines ungeeigneten Mittels, zu kurze Injektionsdauer, unterlassene Tetanusschutzimpfung oder nicht ausreichende Reanimationsmaßnahmen. Als weiterer bedeutender Vorwurf liegt die falsche Diagnose an dritter Stelle. Dabei treten nicht erkannte epi- und subdurale Blutungen am häufigsten auf, während zum Beispiel nicht erkannte Verletzungen wie Milzruptur oder Abriß einer Extremitätenarterie nicht in signifikanter Häufung festzustellen waren.

Bei wertungsfreier Betrachtung sämtlicher chirurgischen Fälle erkennt man, dass es sich mit Ausnahme eines einzigen Falles, nämlich des operativen Angehens eines Bandscheibenprolapses, um sogenannte Bagatelleingriffe oder -operationen handelte. Allein sechsmal wurde nach der chirurgischen Intervention einer Appendicitis oder eines Appendicitisverdachtes ein letaler Ausgang registriert. Auch sonst traten tödliche Zwischenfälle bei Behandlung von Uretersteinen, Schnittverletzungen, Rißquetschwunden und Spritzenabszessen auf. Auch ein Kontrasteinlauf durch einen künstlichen After ist als alltägliche chirurgische Diagnosemethode zu bezeichnen. Man fragt daher, weshalb diese Todesfälle bei durchaus üblichen chirurgisch ärztlichen Handlungen, die im Ausbildungskatalog eines angehenden Chirurgen im ersten Drittel zu finden sind, vorkommen.

HACKETHAL vertritt in seinem 1976 veröffentlichten Buch "Auf des Messers Schneide" die Meinung, in Deutschland werde zuviel operiert und zuviel gepfuscht. Trifft diese Ansicht zu, oder handelt es sich dabei um eine unzulässige Vereinfachung der Dinge?

Diese Frage lässt sich sicher nur beantworten, wenn man zum Beispiel die sehr große Anzahl der durchgeführten Appendektomien in Relation setzt zu den dabei aufgetretenen Todesfällen. Werden die vorliegenden Krankenunterlagen, Sektionsprotokolle und gerichtsmedizinische Gutachten in diesem Sinne einer Prüfung unterzogen, so zeigt sich, dass es sich in sämtlichen Fällen nicht um eine einfache Appendicitis handelte, sondern dass in jedem einzelnen Fall eine unglückselige Verkettung verschiedener Umstände zum tödlichen Ausgang geführt hat. Zum Beispiel lehrt der Fall L 225/68 das Vorliegen eines im rechten Harnleiter eingeklemmten Nierensteins sowie die Fixierung sämtlicher beteiligter Ärzte auf die Diagnose Appendicitis mit daraufhin durchgeführter Appendektomie und nachfolgendem paralytischem Ileus. Oder im Fall L 33/69 das Auftreten einer Infektallergie mit tödlichem Ausgang bei allergischer Disposition, oder im Fall G 117/69

eine Appendicitis mit massiver intraoperativer Blutung und postoperativer Darmnekrose bei einer adipösen Patientin, wobei die Frage nach einer fehlerhaften Gefäßunterbindung oder einer postoperativen Thrombosierung der großen Darmgefäße wegen nicht durchgeführter Obduktion nicht zu klären war. Fall L 62/70 zeigt zunächst ein unauffälliges Postoperativum, dann aber anschliessend einen Kreislaufzusammenbruch infolge ursprünglich unbekannten Medikamenten- und Alkoholabusus, oder der Fall G 187/70 eine akute phlegmonöse Appendicitis mit postoperativer eitriger Peritonitis und Pneumonie, die tragischerweise bei der Entlassung am vierten postoperativen Tag nicht erkannt worden war. Fall L 164/71 umfasst eine Appendektomie bei verwachsenem Wurmfortsatz und nicht bekannter, jedoch gleichzeitig bestehender Leber- und Bauchspeicheldrüsenentzündung.

Obwohl in diesen Fällen - speziell bei G 187/70 - die beteiligten Ärzte sicher ein gewisses Maß an Schuld trifft, konnte bei sorgfältiger Prüfung durch die Gutachter des Institutes nicht erkannt werden, dass der tödliche Ausgang bei anderer Behandlung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu vermeiden gewesen wäre. Diesem Urteil hat sich die Justiz in den angeführten Fällen angeschlossen und die Verfahren eingestellt. Entsprechend folgte die Justiz den Argumenten und der Beurteilung der Gutachter in den übrigen Fällen, wobei in der Begutachtung der nicht durchgeführten Tetanus-Simultan-Impfung heute sicher ein strengerer Maßstab angelegt würde.

Dass nicht generell in dubio pro reo, sondern nach den objektiv vorliegenden Beweismitteln geurteilt wird, zeigen die Fälle L 44/70, L 162/71 und G 254/72, bei denen von den Gutachtern ein Kunstfehler eindeutig nachgewiesen wurde. Diese Gutachten, die teilweise durch fachmedizinische Begutachtungen untermauert wurden, bewirkten eine Verurteilung der Beschuldigten in den beiden ersten Fällen wegen fahrlässiger Tötung; im letzten Fall erfolgte die Verurteilung eines Angeklagten - keines Arztes - wegen fahrlässiger Körperverletzung, da der

tödliche Geschehensablauf eindeutig auf einen Behandlungsfehler zurückzuführen und sonach die Kausalkette unterbrochen war.

12 Kunstfehlervorwürfe fielen in das Gebiet der Allgemeinpraxis; dabei handelte es sich um Diagnose- und Therapiefehler im Verhältnis fünf zu sieben, wobei in einigen Fällen eine eindeutige Zuordnung nach diagnostischen oder therapeutischen Gesichtspunkten nicht möglich war. Entsprechend dem Tätigkeitsbereich der praktischen Ärzte, der sich auf Haus- und Praxisbehandlung erstreckt, folgt, dass sich in diesem Fachgebiet Kunstfehlervorwürfe auch auf den nicht oder zu spät durchgeführten Hausbesuch im Sinne einer verspäteten Hilfeleistung beziehen.

Ein weiteres Problem liegt bei den praktischen Ärzten darin, ob die Behandlung eines Patienten zum richtigen Zeitpunkt in die Hände eines Facharztes oder einer Klinik übergeben wird. Dies ist zu einem gerüttelten Maß dadurch bedingt, dass der Durchschnitt des Lebensalters der niedergelassenen praktischen Ärzte verhältnismässig hoch liegt, durch ständige Arbeitsüberlastung eine ausreichende Fortbildung nicht immer gewährleistet werden kann und infolgedessen medizinische Behandlungen durchgeführt werden, die nicht mehr dem Stand des aktuellen ärztlichen Wissens entsprechen. Nicht auszuschliessen und in gewisser Weise verständlich aus der Sicht des praktischen Arztes ist die Tatsache, dass es schwerfällt, eine notwendig werdende Spezialbehandlung eines Patienten an einen Facharzt zu delegieren und sich auf eine Überweisungspraxis zu beschränken; hat der praktische Arzt doch bei der heute gültigen Liquidationsordnung nur die Wahl, entweder weniger Patienten im wünschenswerten Ausmaße zu versorgen und zu betreuen oder eine hohe Patientenfrequenz die entsprechend lukrativist, anzustreben.

Aus diesen Gründen sowie einem manchmal starren Beharren auf einer einmal gestellten Diagnose und einer eingeschlagenen Behandlung kommt es zu medizinischen Fehlleistungen, die im

extremen Falle mit dem Tode des Patienten enden. Ganz deutlich zeigt dies der Fall G 149/67, bei dem es infolge einer vorgefassten Meinung und persönlicher Aversionen sowie der fehlenden Bereitschaft zur Korrektur einer einmal gestellten Diagnose zu einer tragischen Verkennung des schweren Krankheitsbildes und somit zum tödlichen Ausgang kam. Da trotz klar zu Tage liegender Unzulänglichkeiten auch ein rechtzeitig erkannter und operierter Darmverschluß eine hohe Mortalitätsquote besitzt, konnte ein kausaler Zusammenhang vom Gutachter nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Es kam infolgedessen nicht zu einer Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung, sondern wegen fahrlässiger Körperverletzung, da der beschuldigte Arzt durch sein Verhalten die Leiden des Patienten erhöht und verlängert hatte. Auch in diesem Falle folgte die Justiz der Argumentation des Gutachters.

Wenn allgemein gesehen jeder ärztliche Eingriff eine gewisse Gefahr darstellt, so gilt dies insbesondere für die Anaesthesie; jede Narkose ist mit einem gewissen Risiko verknüpft. Narkosemittel beeinträchtigen die Funktionen jeder lebenden Zelle, mithin auch den Herzmuskel. So kann sich eine zu starke Dämpfung der Herz- und Kreislauftätigkeit in kürzester Zeit verheerend auf den Allgemeinzustand auswirken, weil mit ihr die Sauerstoffversorgung des Gewebes in Frage gestellt wird. Dies ist kurz gesagt die Problematik der Narkose und die Grundlage der gegen die Anaesthesisten erhobenen Kunstfehlervorwürfe. Besondere Bedeutung gewinnt diese Tatsache bei allen dringenden Narkosen, vor deren Durchführung es aus Zeitgründen nicht möglich ist, eine weitgehende Untersuchung des Patienten vorzunehmen. Irgendwelche Vorschädigungen der Organe wie Herz, Leber und des lymphatischen Systems bewirken einen schnellen Kreislaufzusammenbruch mit allen gefürchteten Konsequenzen. Trotz dieser ungünstigen Voraussetzungen und der Tatsache, dass vor allem in vielen kleinen Krankenhäusern Narkosen nicht von Fachanaesthesisten, sondern auch heute noch von Pflegern und Schwestern durchgeführt werden müssen, erscheint das Fachgebiet der Anaesthesie lediglich

mit acht Kunstfehlervorwürfen im Untersuchungsgut.

Wie bereits nach den vorausgeschickten Bemerkungen zu erwarten war, bezogen sich die meisten Kunstfehlervorwürfe auf den intra- oder postoperativen Herzstillstand. Teilweise gelang es durch Reanimationsmaßnahmen die Herzaktion wieder in Gang zu bringen. In den vorliegenden Fällen trat jedoch nach einiger Zeit ein irreversibler Herzstillstand ein. Da zur Klärung dieser Ereignisse Sektionsbefunde vorlagen, gelang es, die Ursachen der tödlichen Ausgänge klarzulegen. So fanden sich entweder Herzmuskel- und Leberentzündungen, Überempfindlichkeiten des lymphatischen Apparates oder auch degenerative Herzmuskelveränderungen. Gleichzeitig wurde auf Grund der Durchsicht der Narkoseunterlagen festgestellt, dass die Dosierung des Narkosemittels lege artis durchgeführt worden war. Damit konnte auch in diesen Fällen nachgewiesen werden, dass sich tödliche Zwischenfälle trotz gebotener Sorgfalt nicht vermeiden lassen.

In einem anderen Falle konnte anhand der vorhandenen Unterlagen sowie auf Grund eines anaesthesiologischen Zusatzgutachtens klargestellt werden, dass ein intraoperativ aufgetretener Laryngospasmus sowie die Narkosemitteldosierung keinen tödlichen Einfluß auf den weiteren Ablauf des Ereignisses ausübten. Die hypoxische Schädigung, die im Endeffekt zum Tode geführt hatte, war auf eine nicht ausreichende Beobachtung in der postnarkotischen Zeit zurückzuführen. Auch hier wurde das Verfahren eingestellt (L 140/72).

Ein weiterer Kunstfehlervorwurf, der in das Gebiet der Anaesthesiologie fällt, betrifft die Perforation bei Ösophagoskopien, die üblicherweise in den Kliniken von der Narkoseabteilung durchgeführt werden. Auch in diesem Falle (L 148/73) wurde im gerichtsmedizinischen Gutachten ausgeführt, dass sich selbst bei optimaler Untersuchungstechnik eine Perforation, insbesondere bei krankhafter Veränderung der Speiseröhrenwand nicht immer vermeiden lässt. Die Justiz schloß sich dieser Argumentation an und stellte das Verfahren ein.

Bei Betrachtung der vorliegenden Fälle scheint es, dass bei Führen ordnungsgemässer Narkoseprotokolle, korrekter Narkosemitteldosierung und sorgfältiger Voruntersuchung der Patienten die Rate der Narkosezwischenfälle und Kunstfehlervorwürfe durchaus in einem vertretbaren Rahmen bleibt. Die auf Grund organischer Vorschädigungen in Zusammenwirkung mit dringend erforderlichen Operationen enstandenen Schädigungen können dagegen nicht mit dem Prädikat eines Kunstfehlers versehen werden.

Die medikamentöse Therapie steht bei fraglichen Fehlleistungen im Gebiet der Inneren Medizin im Vordergrund, und zwar bei sachgerechter Diagnose entweder die Gabe nicht indizierter Medikamente in üblicher Dosierung beziehungsweise indizierter Medikamente in fehlerhafter Dosierung. Zu nicht sachgerechter Behandlung kann es ebenso bei einem Diagnoseirrtum kommen. Dies war jedoch nur in wenigen Fällen nachweisbar. Als typisches Beispiel sei der Fall L 18/64 angeführt, bei dem die von einem Patienten in den Bauchraum projizierten Beschwerden nicht als Herzinfarkt, sondern als Magenverstimmung gedeutet und behandelt wurden. Da jedoch der Herzinfarkt nicht selten in verschleierter Form auftritt, konnte auch in diesem Falle nicht bewiesen werden, dass bei sofortiger richtiger Diagnose und entsprechender Behandlung der tödliche Ausgang hätte vermieden werden können. Insofern wurde dem Gutachten folgend das Ermittlungsverfahren eingestellt.

Ein interessanter Diagnosefehler lag bei einem 35 Jahre alten Patienten vor, der als Trinker bekannt und nach einem Sturz in die Innere Abteilung eines Kreiskrankenhauses eingeliefert worden war. Auf Grund der Tatsache, dass der Patient dem Arzt als Alkoholiker bekannt war, verlief die Behandlung in gebahnten Wegen, obwohl ein Trauma offensichtlich vorlag und die Erscheinungen einer Schädelhirnverletzung durchaus Ähnlichkeiten mit einem Alkoholdelir erkennen lassen. Durch die Verkennung der wahren Ursache trat der Tod infolge einer Blutung zwischen die Hirnhäute ein. Trotz einiger Un-

gereimtheiten bei der Betrachtung dieses Falles gelangte der Gutachter zu der Meinung, dass der beschuldigte Arzt bei der Behandlung seines Patienten nicht gegen die erforderliche Sorgfalt im Verkehr verstoßen habe, auch wenn er irrtümlich eine Schädelhirnverletzung nicht in seine Überlegungen einbezog; denn auch bei Kenntnis der Blutung zwischen die Hirnhäute hätte nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Aussage getroffen werden können, dass der Patient, der erst am zweiten Tag nach dem Sturz in die Behandlung gelangte, am Leben geblieben wäre. Entsprechend diesem Gutachten erfolgte die Einstellung des Verfahrens.

Als Beispiel eines Therapiefehlers, - der Fall L 195/68 -, diene die Behandlung eines Alkoholdelirs mit Distraneurin. Hier zeigte sich sehr deutlich, dass selbst bei Fachärzten für Innere Medizin beziehungsweise Neurologie zwar das zur Behandlung übliche Medikament, jedoch nicht die erforderliche Dosierung immer geläufig ist. Die Folge war in diesem Falle der tödliche Ausgang, nachdem durch eine zusätzliche intravenöse Gabe von Trapanal eine überadditive Wirkungsverstärkung dieser beiden Medikamente eingetreten war. Allein die Tatsache, dass die Letalitätshäufigkeit beim Alkoholdelir auch heute noch sehr hoch ist und der Patient deshalb auch bei korrekter Medikation nicht mit Sicherheit überlebt hätte, konnte eine Einstellung des Ermittlungsverfahrens bewirken.

Als weiterer sehr interessanter Therapiefehler sei kurz der Fall L 57/72 angeführt, bei dem der Patient tragischerweise an einem Medikament starb, das in der gewählten Dosierung ohnehin keinen therapeutischen Erfolg versprechen konnte. Auch dieser Fall dient als Bestätigung der Tatsache, dass Medikamente ohne Kenntnis der erforderlichen Dosierung und der durchaus bekannten Nebenwirkungen ohne die nötige Kritik verabreicht werden. Da die Überempfindlichkeitsreaktion der betreffenden Patientin dem Arzt bekannt war, musste seine Therapie als Verstoß gegen anerkannte Regeln der ärztlichen

Kunst gewertet werden. Ein daraufhin vom Beschuldigten veranlasstes fachinternistisches Gutachten, das eine nicht so weit gehende Informationspflicht des Arztes vertrat und vom Gericht übernommen wurde, führte sodann zur Einstellung des Verfahrens. Auch die Betrachtung dieser Fälle lehrt, dass die Vielfalt der auf dem Markte befindlichen Medikamente nicht unbedingt zum Heile des Patienten wirken muss, sondern ein Informationsdefizit des Arztes erzeugen kann, welches im Endeffekt auf Kosten der Gesellschaft geht.

Bei der insgesamt gesehen geringen Anzahl von Kunstfehlervorwürfen auf dem Gebiet der Gynäkologie und der Geburtshilfe fällt auf, dass die vorliegenden Fälle die Folgen einer nicht mehr zeitgemäßen Medizin darstellen. Dies ist besonders tragisch, da es sich jeweils um Komplikationen unter der Geburt oder während der Schwangerschaft handelte, somit also Mutter und Kind betroffen waren. Mit Ausnahme des Falles L 19/64, wo die Patientin, - sei es aus Unwissenheit, sei es aus finanziellen Gründen-, eine rechtzeitige Behandlung ablehnte, waren die behandelnden Ärzte sowohl von der Einrichtung der Klinik als auch vom eigenen Fachwissen aus betrachtet, durchaus nicht in der Lage, eine korrekte Therapie durchzuführen.

Bei beiden nachfolgenden Fällen kam es das eine Mal nach einer Schnittentbindung, das andere Mal nach einer Totgeburt zu Gerinnungsstörungen im Sinne einer Verbrauchskoagulopathie, deren übliche Behandlung den Beteiligten entweder nicht bekannt war, oder die auszuführen sie auf Grund der mangelhaften technischen und medikamentösen Ausrüstung ihrer Krankenhäuser nicht in der Lage waren. Im Falle L 227/73 konnte lediglich eine bei der Sektion festgestellte ausgedehnte chronische und akute Herzmuskelentzündung die beschuldigten Ärzte vor dem Vorwurf bewahren, allein ihre unzureichenden Behandlungsmaßnahmen seien am Tode der Patientin schuld. Unter diesen Umständen kam es zur Einstellung des Verfahrens. Der Fall G 194/71 betrifft eine Verbrauchskoagulopathie nach Totgeburt mit nachfolgendem Schockzustand der

Patientin, der auf Grund falscher und zum Teil zu gering dosierter Medikamente irreversibel war; es hatte ein jahrelang laufendes Verfahren mit weiteren fachgynäkologischen Gutachten zur Folge. Das erkennende Gericht stellte trotz bestehender Zweifel das Verfahren ein, da mangels Obduktion die letzte Todesursache nicht geklärt war und eine Fruchtwasserembolie von den Fachgynäkologen nicht ausgeschlossen wurde. Bei einem weiteren Fall handelte es sich um den Tod einer 21 Jahre alten Frau nach Excision eines nicht als solchem erkannten malignen Melanoms im Anschluß an die dritte Geburt; bei dem bekannten äußerst bösartigen Krankheitsverlauf konnte dem behandelnden Gynäkologen kein Vorwurf gemacht werden.

Wenn auch heutzutage erfreulicherweise die früher übliche Hausgeburt nur noch selten anzutreffen ist, zeigt sich doch andererseits, dass die Errungenschaften der modernen Medizin wie Vorsorgeuntersuchungen, Überwachung des Schwangerschaftsverlaufes und Abwicklung einer Geburt unter möglichst idealen Bedingungen mit der ständigen Möglichkeit zur Reanimation und Schockbekämpfung von ärztlicher Seite in der Praxis noch zu wenig beachtet werden. Außerdem stellt sich auf Grund der hier zitierten Fälle zwingend die Frage, ob in Kliniken ohne eine bestimmte technische und personelle Ausstattung zu erwartende Risikogeburten überhaupt eingeleitet werden dürfen. Sieht man die geschilderten "Erfolge", so ist nach eigener Meinung davon abzuraten.

Die Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde stellt im vorgestellten Untersuchungsgut als Fachgebiet mit hoher Operationsfrequenz viermal die Unterlagen für einen vermeintlichen Kunstfehler. Dreimal kam es zum tödlichen Ausgang im Rahmen einer Tonsillektomie, einmal wurde einePerforation des Ösophagus beim Versuch einer ösophagoskopischen Fremdkörperentfernung registriert. Im letzteren Fall erfolgte auf Grund eines fachärztlichen Gutachtens zur Exculpierung des beschuldigten Arztes, obwohl nach unzweifelhafter Ansicht des gerichtsmedizinischen Gutachtens nicht die geeigneten Behand-

lungsmaßnahmen getroffen worden waren (L 142/68).

Wenn es auch sicher zu diskutieren ist, ob bei einem verschluckten Fremdkörper wie einer Münze,-einem Gegenstand, der keine scharfen Kanten aufweist und durchaus in der Lage ist, auf natürlichem Wege abzugehen -, eine ösophagoskopische Entfernung erforderlich ist, muss man andererseits unterstreichen, dass, - sofern einmal der Entschluß zum aktiven Eingreifen gefasst ist -, die Möglichkeit einer Ösophagusperforation immer gegeben ist. Der Beschuldigte hatte nach ungeschicktem Manipulieren die Perforation erkannt und die weiteren Maßnahmen nach Begleitung auf dem Transport einer Universitätsklinik überlassen. Dass es zum tödlichen Ausgang kam, war ihm nicht anzulasten.

Die Zwischenfälle im Rahmen von Tonsillektomien verteilen sich auf Narkosezwischenfälle, die daraus resultieren, dass Tonsillektomien auch heute noch gar nicht so selten in kleineren Häusern mit Belegbetten durchgeführt werden, wobei teilweise antiquierte Narkosemethoden wie Tropfnarkosen gebräuchlich sind, und auf Nachblutungen. Diese sind insgesamt recht häufig, jedoch bei sorgfältiger Überwachung des Patienten durchaus zu beherrschen. Dass es trotzdem zu Todesfällen kommen kann, zeigt zum Beispiel der Fall L 162/70, bei dem eine nicht sachgemäße postoperative Überwachung des Patienten im Zusammenwirken mit einer unzureichenden technischen und medikamentösen Ausstattung der Klinik zum Tode führte. Zur Einstellung des Verfahrens in diesem Falle kam es, weil der verantwortliche Arzt während der Ermittlungen durch Suicid endete. Auch hier zeigt sich wieder, - wie im Fachgebiet der Gynäkologie und Geburtshilfe -, dass ohne Kenntnis und Anwendung der aktuellen Behandlungsverfahren schwerwiegende Komplikationen nicht ausgeschlossen und bei korrekter Würdigung auch nicht entschuldigt werden können.

Bei Betrachtung aller kasuistischen Fälle zeigt sich, dass die Jurisdiktion bei der Beurteilung fast sämtlicher Vorwürfe, den von den gerichtsmedizinischen Gutachten gefolgt

ist. In drei Fällen, in denen vom Gutachter eindeutig, das heißt mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, auf eine falsche Behandlung erkannt wurde, kam es auch zu strafrechtlichen Konsequenzen. In einigen anderen Fällen, bei denen von gerichtsmedizinischer Seite ebenfalls eindeutige Verstöße gegen die lex artis festgestellt wurden, erreichten die Beschuldigten nur deshalb eine Einstellung des Verfahrens, weil in zusätzlich angeforderten medizinischen Gutachten ein gewisses Verständnis für die durchgeführten Handlungen gezeigt wurde. Daraus jedoch den Schluß zu ziehen, "eine Krähe hacke der anderen kein Auge aus", wäre sicherlich unzutreffend. Es ist nicht anzunehmen, aber auch nicht wünschenswert, dass Gutachter aus der Klinik weniger objektive Beurteilungen erstellen, doch trägt offenbar der tägliche Umgang mit den geschilderten Problemen zu einer Betrachtung in einem etwas milderem Lichte bei.

Setzt man die Anzahl der erhobenen Kunstfehlervorwürfe in Relation zu den strafrechtlichen Folgen, die nach teilweise jahrelang sich hinziehenden Verfahren resultierten, so zeigt sich, insbesondere da häufig infolge fehlender Obduktionsbefunde ein sicheres abschliessendes Urteil gar nicht gefällt werden konnte, dass der Aufwand, der von Staatsanwaltschaften, Gerichten und gerichtsmedizinischen Gutachtern notwendigerweise getrieben werden muss, nicht immer in einem zu rechtfertigenden Verhältnis zum Ergebnis steht. Es müsste im Laufe der Zeit möglich werden, bei jedem unklaren Todesfall amtlicherseits Obduktionen durchführen, die gesamten Krankenunterlagen von einem unabhängigen Gremium von Gerichtsmedizinern, Fachmedizinern und Juristen prüfen zu lassen, und erst dann, bei wirklich stichhaltigem Verdacht auf einen Kunstfehler ein Verfahren einzuleiten. Ob die in letzter Zeit von Seiten der Ärzteschaft eingerichteten Schiedstellen einen wirklichen Beitrag zur Lösung dieses Problemes leisten können, bleibt abzuwarten; in der Zwischenzeit aber wird nichts anderes übrigbleiben, als auf jeden, wenn auch noch so unbegründeten Kunstfehlervorwurf die gesamte Justizmaschine in Bewegung zu setzen, um Schuld oder Unschuld der beschuldig-

ten Ärzte abzuklären. Dass dabei auch die Reputation und die Existenz eines gewissenhaften Arztes auf der Strecke bleiben kann, sei nur am Rande erwähnt.

Die heutige Medizin vermag sehr vieles, wenn sie verantwortungsbewußt und gewissenhaft betrieben wird; aber auch ihr sind Grenzen gesetzt, und zwar nicht nur in wissenschaftlicher Hinsicht, sondern auch im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit des Menschen. Deshalb wird es auch bei sorgfältiger Ausübung des ärztlichen Berufes immer wieder zu Fehlleistungen kommen. Dass diese in einem vertretbaren Ausmaße bleiben, sollte die vordringliche Sorge jedes einzelnen Arztes sein; dieses Ziel sollten aber auch die ärztlichen Standesorganisationen und nicht zuletzt der Gesetzgeber im Auge behalten.

6. Zusammenfassung

Nachdem in den letzten Jahren von der Presse in teilweise tendenziösen Berichterstattungen die Frage des ärztlichen Kunstfehlers aufgegriffen und zum permanenten Thema gemacht wurde, wird in der vorliegenden Arbeit versucht, anhand der Kunstfehlerbegutachtungen des Institutes für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen für die Jahre 1964 bis 1973 die tatsächliche Situation in objektiver Weise darzulegen. Als Untersuchungsgut dienten die 1.945 Sektionsprotokolle sowie 1.796 Fremdbegutachtungen des Institutes. Die vorliegenden Protokolle und Fremdgutachten wurden durch Einsichtnahme in die Gerichtakten vervollständigt.

Nach einer historischen Betrachtung des Kunstfehlers, die sich von den Römern über das späte Mittelalter bis in die Neuzeit erstreckt, - unter besonderer Würdigung der Arbeiten der Tübinger Mediziner AUTENRIETH und OESTERLEN - die bereits die Grundlagen zur heutigen Kunstfehlerbegutachtung aus gerichtsmedizinischer Sicht lieferten, folgt die heute

gültige juristische Definition des Kunstfehlers unter Betrachtung der Fahrlässigkeit, der erforderlichen Sorgfalt, der notwendigen Aufklärung und der vorsätzlichen Handlung.

Die strafrechtliche Würdigung des Kunstfehlers erfolgt nach den Rechtsvorschriften des Strafgesetzbuches, nach Anhörung von Sachverständigen der Gerichtlichen Medizin und solchen der vertretenen Fachrichtungen. Nur dadurch ist es möglich, die erforderliche Objektivität zu wahren, selbstverständlich dabei ist, dass die Betrachtung der Situation des Betroffenen ex ante durchgeführt wird. Zur strafrechtlichen Konsequenz kann es nur kommen beim Schluß der Kausalitätskette zwischen Ursache und Wirkung. Es muss mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden können, dass eine entsprechende Maßnahme, - und nur diese Maßnahme -, zur Schädigung des Patienten geführt hat.

Im vorliegenden Untersuchungsmaterial wurde 63 mal der Vorwurf eines Kunstfehlers erhoben. Wie nicht anders zu erwarten war, wies die Chirurgie mit ihren Untergliederungen den Hauptteil der Vorwürfe auf. Nur geringfügig kleiner war die Anzahl der Kunstfehlervorwürfe im Gebiet der Allgemeinmedizin. Narkosezwischenfälle, Behandlungsfehler im Bereich der Inneren Medizin, der Gynäkologie und der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde folgten mit abnehmender Frequenz.

In der Berichtszeit von 1964 bis 1973 lag die Prozentzahl der Kunstfehlerverfahren im Einzugsgebiet des Institutes für Gerichtliche Medizin der Universität Tübingen bei 1,9 %. Bei Aufschlüsselung dieser Prozentzahl auf die Kalenderjahre ergab sich, dass eine signifikante Zunahme der erhobenen Kunstfehlervorwürfe nicht eingetreten ist. Verglichen mit ähnlichen Untersuchungen, zum Beispiel im Bereich des Einzugsgebietes der Universität Kiel, ergaben sich vergleichbare Werte.

Bei genauer Untersuchung der Vorwürfe, der Verfahrensver-

läufe und der Zeitdauer der laufenden Verfahren zeigte sich eine gewisse Hilflosigkeit der Justiz gegenüber medizinischen Problemen. Es ist auf die Dauer sicher unumgänglich, durch eine spezielle Schulung der mit der juristischen Seite der Kunstfehlervorwürfe befassten Personen dem betroffenen Personenkreis, seien es die Angehörigen Verstorbener, die beschuldigten Ärzte, wie auch die Staatsanwaltschaft, die notwendige Objektivität zukommen zu lassen.

Zu strafrechtlicher Konsequenz kam es in drei Fällen, - etwa 0,5 % aller Verfahren -, wobei Geldstrafen zwischen 300,- und 4.000,- DM verhängt wurden. Bei diesen Verurteilungen folgte das Gericht den Schlüssen der gerichtsmedizinischen Gutachten. In einzelnen Fällen kam es trotz gerichtsmedizinisch festgestellter Behandlungsfehler zu einer Einstellung des Verfahrens infolge fachmedizinischer Zweitgutachten, die letztlich die Schuldfrage offen liessen.

Zur Schaffung klarer Tatsachen im Falle eines gerichtlichen Ermittlungsverfahrens sollten zwingend Obduktionen durchgeführt sowie eine wirklich korrekte Führung der Krankenunterlagen verlangt werden. Erst nach Prüfung dieser Unterlagen auf die Berechtigung des Kunstfehlervorwurfes sollte das offizielle Verfahren eingeleitet werden.

7. Literaturverzeichnis

BIHL, P.: Der Gerichtsmediziner Johann Heinrich Ferdinand Autenrieth.
Med. Diss. Tübingen 1974, S. 76 - 81

BOCKELMANN, P.: Das Strafrecht des Arztes. - In: Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin, hrsg. v. A. Ponsold,
3. Aufl., S. 1 - 47
Stuttgart: Thieme 1967

HACKETHAL, J.: Kunst und Fehler der Chirurgen.
1. Aufl. Hamburg: Rowohlt 1976

HALLERMANN, W.: Aufklärungspflicht aus medizinischer Sicht. - In: Die juristische Problematik in der Medizin, hrsg. v. A. Mergen,
2. Bd. München: W. Goldmann 1971

KRAEMER, R.H.: Der Gerichtsmediziner Otto von Oesterlen.
Med. Diss. Tübingen 1974, S. 99 - 109

KREUZER, A.: Hilfeleistungspflicht in der Sicht des Strafrechts. - In: Die juristische Problematik in der Medizin, hrsg. v. A. Mergen,
2. Bd. München: W. Goldmann 1971

OTTO, F.: Haftpflicht des Arztes aus juristischer Sicht.
Med. Welt 17 (1975) S. 845 - 848

PRIBILLA, O.: Der ärztliche Kunstfehler. - In: Die juristische Problematik in der Medizin, hrsg. v. A. Mergen,
3. Bd. München: W. Goldmann 1971

SCHLENKER, G.: Das berufsunwürdige Handeln des Arztes. 1. Aufl. München: W. Goldmann

SCHÖNKE'SCHRÖDER: Kommentar zum StGB. 17. Aufl. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung 1974

v. BRANDIS, C. und PRIBILLA, O.: Arzt und Kunstfehlervorwurf. 1. Aufl. München: W. Goldmann 1973

Lebenslauf

Am 8. September 1942 wurde ich, Max-Heinrich Müller, als Sohn des Bundesbahnoberinspektors Max Müller und seiner Ehefrau Elsa Müller, geb. Messerschmidt, in Stuttgart geboren.
Ab 1949 besuchte ich die Grundschule in Stuttgart-Rohr, 1953 wechselte ich in das Gymnasium Stuttgart-Vaihingen über, wo ich am 26. Februar 1962 das Abitur ablegte.
Nach viersemestrigem Studium der Elektrotechnik begann ich im Sommersemester 1964 an der Tübinger Universität das Studium der Medizin und legte dort im Frühjahr 1965 das Vorphysikum und im Oktober 1966 das Physikum ab.
Am 30. Juli 1970 bestand ich in Tübingen die ärztliche Prüfung.
Nach der Medizinalassistentenzeit am Kreiskrankenhaus Böblingen folgte 1972 die Ableistung des Wehrdienstes.
Seither befinde ich mich in der Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie am Kreiskrankenhaus Böblingen.